Aus der chirurgischen Abteilung des Kreiskrankenhauses des Kreises Teltow zu Britz. — Chefarzt: Sanitätsrat Dr. Riese.

24902

Beiträge zur operativen Behandlung der entzündlichen Adnexerkrankungen des Uterus.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshilfe

einer

Hohen medizinischen Fakultät

der Universität zu Leipzig

ACAD. LIPSIENSIS BIBL.

vorgelegt von

Waldemar Ammann,
prakt. Arzt
aus Berlin.

Leipzig.
Druck von Bruno Georgi
1906

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
zu Leipzig. 14. Mai 1906.

Referent: Herr Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Zweifel.

Meinem lieben Vater
und
meiner lieben Braut.

Eine der zur Zeit am häufigsten erörterten Fragen aus dem Gebiete der praktischen Medizin ist die der Behandlung entzündlicher, namentlich eitriger Adnexerkrankungen des Uterus. Kaum ein Semester vergeht, ohne dass in Form eines Vortrages, oder einer Abhandlung in einer der medizinischen Wochenschriften diese Frage diskutiert würde. Sie ist ja auch von eminenter Wichtigkeit. Wenn man die Statistiken der Gynaekologen liest, so muss man staunen über die enorme Häufigkeit des Vorkommens entzündlicher, namentlich eitriger Adnexerkrankungen, — besonders in den Grosstädten. Da diese Erkrankungen gleich häufig in der arbeitenden Klasse, wenn nicht häufiger, vorkommen, wie bei den höheren Ständen, so ist ihre Behandlung auch von besonders grosser sozialer Bedeutung. Wie in allen wichtigen Fragen, so sind auch hier die Ansichten, je nach den Gesichtspunkten und Erfahrungen, überaus verschieden. Immerhin macht sich mehr und mehr die Tendenz geltend, möglichst konservativ vorzugehen und die Operation, wenn irgend angängig, selbst bei grösseren Eitersäcken, zu vermeiden. Es soll später genauer auf die Kritik dieser Ansichten eingegangen werden, jetzt sei nur so viel gesagt, dass man die Frage wohl nicht so generalisieren kann, wie es häufig geschieht. Es muss von Fall zu Fall geurteilt werden. Namentlich aber muss berücksichtigt werden,

welcher Bevölkerungsschicht die Patientin angehört; ob sie durch schwere Arbeit ihre Familie mit erhalten muss, oder ob sie in Behaglichkeit und von Luxus umgeben dahinleben kann. Damit gewinnt eben die Frage soziale Bedeutung. Zeitigt die konservative Behandlung, selbst bei stürmisch einsetzenden Fällen, wirklich in absehbarer Zeit so günstige dauernde Resultate, dass wir es auch bei einer arbeitenden Frau darauf ankommen lassen können, oder ist die Operation doch das Mittel, mit dem man schneller und — was das wichtigste ist — dauernd zum Ziele kommt!

Bei dem reichen gynaekologischen Krankenmaterial, das im Kreiskrankenhaus des Kreises Teltow zu Britz zur Behandlung kommt, war Gelegenheit, die verschiedensten Typen entzündlicher Adnexerkrankungen zu beobachten. Viele Patientinnen sind operiert worden, bei denen manche der neueren Autoren — wie aus den Arbeiten der letzten Zeit hervorgeht — nach dem klinischen Befund eine Operation vermieden hätten. Fast immer hat die per Laparotomiam vorgenommene Operation den Erweis gebracht, dass eine konservative Behandlung gar nicht, oder nur nach sehr langer Zeit zu einem befriedigenden Resultat hätte kommen können. Fast immer handelte es sich um ausgedehnte Verwachsungen, teils der Därme untereinander, teils der Adnexe mit Netz und Därmen etc. In der Mehrzahl der Fälle waren grosse Eitersäcke vorhanden. Fast immer schien es, dass, wollte man konservativ vorgehen d. h. die gesunden oder scheinbar gesunden Organe erhalten, nur die Laparotomie eine wirkliche Radikalheilung bringen konnte, und wenn man die Operationsberichte der Fälle, deren Beschreibung folgt, liest, so kann man nicht recht verstehen, warum manche Autoren so entschieden darauf bestehen, dass in allen Fällen die vaginale Operation der Laparotomie vorzuziehen sei. Erst kürzlich hat Steffek diese Ansicht gelegentlich eines Vortrages in der

gynaekologischen Gesellschaft zu Berlin mit aller Energie vertreten.

Seit dem Jahre 1897 sind im Krankenhause zu Britz von den zahlreichen Fällen entzündlicher Adnexerkrankungen 164 operativ behandelt worden, davon 139 per Laparotomiam. Von diesen vielen Fällen sei es gestattet, eine Anzahl typischer Krankengeschichten anzuführen, damit daraus ersehen werden kann, unter welchen Indicationen in Britz operiert worden ist. Bei anderen Fällen sollen dann nur die Operationsberichte wiedergegeben werden, um dadurch die Zweckmässigkeit, resp. Notwendigkeit der Laparotomie zu zeigen. Neben diesen operierten Fällen wurde eine grosse Anzahl konservativ behandelt und zwar mit gutem und zum Teil dauernden Erfolg; es handelte sich hier meistens um einfach entzündliche Adnexerkrankungen, in der Mehrzahl der Fälle um Tubenverdickungen, zuweilen aber auch um Pyosalpingen geringeren Grades.

Sämtliche Operationen wurden von meinem hochverehrten Chef, Herrn Sanitätsrat Dr. Riese ausgeführt.

Fall. 1. Michaelina St., 22 Jahr alt, Dienstmagd. Aufgenommen den 1. IX. 1897.

Anamnese: Patientin hat vor einem Jahr geboren und leidet seitdem mehr oder weniger an Beschwerden im Unterleib. P. hat ihre Periode regelmässig gehabt, hatte aber während derselben immer starke Beschwerden; sie dauerte gewöhnlich 5 Tage. Schon seit längerer Zeit hat P. Brennen beim Wasserlassen. Stuhlgang war regelmässig. Appetit nicht besonders. Kein Aufstossen oder Erbrechen. Da die Beschwerden immer ärger wurden, sucht P. das Kranken haus auf.

Status: Mittelgrosse, kräftige Patientin, — klagt über Schmerzen im Unterleib.

Die Brustorgane bieten normale Verhältnisse. — Das Abdomen, nicht abnorm aufgetrieben, ist sehr weich. P. empfindet bei der Palpation in der rechten Unterbauchgegend den meisten Schmerz. Der Uterus ist schon von aussen sehr deutlich zu fühlen. — Bei der inneren Untersuchung findet man den Uterus in ausgesprochener Anteflexionsstellung, rechts neben demselben undeutlich abgrenzbar einen kleinapfelgrossen Tumor, unmittelbar in den Uterus übergehend. Fluor ist mässig stark. Gonococcen nicht nachweisbar.

Therapie: Bettruhe. Täglich zweimal Ausspülungen mit Lysol.

5. IX. 97. Temperatur: 36,8. Objektiver Befund unverändert. P. erhält gegen die zuweilen krampfartig auftretenden Schmerzen Opium.

8. IX. Temp.: 36,8. Untersuchung in Chloroformnarkose: Der Uterus befindet sich in normaler Lage; rechts neben demselben fühlt man einen kleinapfelgrossen Tumor, der sich nicht vom Uteruskörper abgrenzen lässt. — Gegen die bestehende Endometritis Curettement; ätzen mit Sol. argent. nitr. Jodoformgaze tamponade.

13. IX. Temp.: 36,6. Die Beschwerden der P. sind etwas geringer geworden. Kein Ausfluss mehr. Jeden zweiten Tag Einlegen von Ichthyol-Glycerintampons.

18. IX. Temp.: 36,7. Die Beschwerden sind während der letzten Tage wieder stärker gewesen, auch hat sich stärkerer Ausfluss eingestellt. Die Portio erscheint stark erodiert, — darum Aetzen mit Chlorzink und Einlegen von Glycerintampon. Seit vorgestern erhält P. ausserdem Karlsbader Salz. Die Ausspülungen mit Lysol werden fortgesetzt. Gonokokken im Fluor nicht nachweisbar.

24. IX. Temp.: 36,6. Die Behandlung ist in gleicher Weise fortgesetzt worden. Untersuchung in Chloroformnarkose: der

oben beschriebene Tumor hat fast die Grösse einer Zitrone, ist deutlicher gegen den Uterus abzugrenzen und gehört der Tube an; auch die linke Tube erscheint verdickt. Der Tumor selbst fühlt sich prall-elastisch an, zeigt eine glatte Oberfläche, ist beim Betasten ziemlich empfindlich. Sonst keine Aenderung.

29. IX. Temp.: 37,6. P. hat während der letzten Tage warme Ausspülungen erhalten, indessen sind die Schmerzen kaum nennenswert zurückgegangen. Zweimal wöchentlich Aetzen mit Sol. zinc. chlor. Glycerintampons fortgelassen.

4. X. Temp.: 37,0. Keine Aenderung. Die Beschwerden sind etwas geringer. P. versucht von heute ab aufzustehen; sie hat seit ihrer Aufnahme ca. 12 Pfund zugenommen.

9. X. Temp.: 37,0. Objektiver Befund unverändert; die Beschwerden bestehen in gleicher Stärke fort. Wiederholte Untersuchungen des Scheidensekretes auf Gonokokken und Tuberkelbazillen sind negativ.

13. X. Temp.: 36,6. Operation in Chloroformnarkose. Schnitt in der Mittellinie, 3 cm. unterhalb des Nabels beginnend bis zur Symphyse. Ablösung der Verwachsungen zwischen Uterus und Netz, Tuben- und Beckenwandung. Abbindung des ligamentum latum und Isolierung der Tuben; die linke ist über daumendick, nach hinten gewunden. Ovarium nicht vergrössert. Durchtrennung der Tube am Uterus mit Thermocauter. Rechte Tube noch stärker verdickt, vollständig hufeisenförmig gewunden; das äussere, nach hinten liegende Ende in eine pfirsichgrosse Cyste verwandelt, die bei der Loslösung platzt. Der Inhalt wird mit Jodoformgaze aufgefangen, ohne das etwas in die Bauchhöhle gelangt. Rechtes Ovarium mässig vergrössert. Das Fimbrienende der Tube erweist sich als geschlossen. Auch hier wird die Tube mit Paquelin vom Uterus abgetrennt. Naht des Peritoneums und der Muskulatur mit Catgut, der Haut mit Seide. Airol-Paste. Verband mit Jodoformgaze.

14. X. Temp.: 37,6. P. hat mässig viel gebrochen, klagt über Schmerzen in der Gegend der untersten Rippen vorn rechts. — Eisblase. Puls beschleunigt, doch kräftig. Abdomen nicht empfindlich.

15. X. Temp.: 37,5. P. hat noch mehrmals erbrochen. Magenausspülung. Einlauf mit Wasser und Oel.

18. X. Temp.: 37,5. Erbrochen hat P. nicht mehr, fühlt sich auch sonst wohler, nur klagt sie noch über etwas Wundschmerz.

21. X. Temp.: 37,5. Fäden zum grossen Teil entfernt. Wunde sieht vollkommen reaktionslos aus. Keine Schmerzen mehr.

24. X. Temp. 37,3. P. fühlt sich vollkommen wohl, hat guten Appetit, keine Schmerzen.

30. X. Temp. 36,8. P. ist dauernd beschwerdefrei. Kein Fieber. Appetit gut. Stuhl in Ordnung.

14. XI. Temp.: 36,9. P. ist heute aufgestanden, den Leib mit einer Flanellbinde eingewickelt. Keine sonderlichen Beschwerden.

17. XI. Temp. 37,0. Während der letzten Tage hatte P. noch Schmerzen in der rechten Seite, ohne dass sich objektiv etwas nachweisen liess.

21. XI. Die Schmerzen in der rechten Seite sind geschwunden.

24. XI. P. hat eine Leibbinde erhalten und geht ohne nennenswerte Beschwerden umher.

1. XII. P. hat in den letzten Tagen keine Klagen mehr gehabt. Feste Operationsnarbe. Der Untersuchungsbefund bietet entsprechend der Operation der Entfernung der Adnexe normale Verhältnisse. P. wird geheilt entlassen.

Diese Krankengeschichte bietet den Typus eines mittelschweren, chronischen Falles. Nachdem 6 Wochen lang eine

konservative Behandlung erfolglos war, wurde zur Operation geschritten. Man ist zwar jetzt in der Therapie etwas vielseitiger geworden. Mittel, wie Heissluftbehandlung waren zur Zeit des oben beschriebenen Falles noch nicht gebräuchlich. Immerhin ist der Operationsbefund ein derartiger, dass bei den bestehenden Verwachsungen eine baldige völlige Wiederherherstellung ohne Operation nicht wahrscheinlich gewesen wäre. Die Beschwerden der Patientin datieren schon seit einem Jahr. Fieber war nicht vorhanden. Gonokokken wurden im Fluor nicht gefunden und somit waren alle Bedingungen für eine gefahrlose Operation gegeben. Dass in diesem Falle auch eine vaginale Operation zum Ziele geführt hätte, kann man wohl annehmen. Eine völlige Lösung der Verwachsungen wäre aber auf diesem Wege nicht möglich gewesen.

Ein anderer Fall, bei dem ebenfalls lange vor der Aufnahme ins Krankenhaus schon Unterleibsschmerzen bestanden, bei dem auch die konservative Behandlung nicht zum Ziele führte, ist der folgende. Hier handelte es sich allerdings um eine tuberkulöse Erkrankung der Tuben. Diese Diagnose war aber, da keine sonstigen Anhaltspunkte vorhanden waren, nicht mit Sicherheit zu stellen. Nach der Anamnese und dem klinischen Befund konnte es ebenso gut eine Salpingitis chron. gonorrhoica sein. Gerade deswegen ist dieser Fall besonders lehrreich und ein Beweis dafür, dass man nicht zu lange mit der Operation zögern soll, und dass man immer da, wo differential diagnostisch Tuberkulose, oder ein maligner Tumor nicht ausgeschlossen werden kann, per Laparotomiam vorgehen sollte.

Bei dieser Gelegenheit sei erwähnt, dass es sich bei den genannten 164 Fällen 10 mal um Tuberkulose handelte.

Fall 2. Rosa Bl., 18 Jahre alt, Arbeiterin. Aufgenommen den 28. Oktober 1899.

Anamnese: Patientin hat schon seit langer Zeit unter Schmerzen im Unterleib zu leiden, die namentlich während der Blutung stark zunehmen. Ausfluss besteht seit längerer Zeit. Letzte Periode am 30. VIII. Angeblich wegen Fehlgeburt wurde P. Anfang September in ein Berliner Krankenhaus aufgenommen und dort am 9. IX. ausgekratzt. (Sie soll damals auch eine Brustfellentzündung in der linken Seite gehabt haben.) Trotzdem blieben auch nach der Entlassung aus dem Krankenhause leichte, ziehende Schmerzen zurück. P. war aber bis zum 28. X. dabei arbeitsfähig. An diesem Tage sollen bereits morgens stärkere Schmerzen vorhanden gewesen sein; P. arbeitete bis zum Mittag und wurde dann infolge hochgradiger Schmerzen ohnmächtig. Kein Erbrechen. P. wird sofort dem Krankenhause zugeführt.

Status: Mässig kräftig entwickeltes Mädchen mit schwacher Muskulatur und geringem panniculus adiposus. Sensorium frei. Zunge stark belegt. Lippen trocken. Hautfarbe blass. Keine Exantheme. Lungen- und Herzbefund ist ohne Besonderheiten.

Leib aufgetrieben; in den abhängigen Partien keine Dämpfung; überall Tympanie. Hochgradige Druckempfindlichkeit in der Unterbauchgegend rechts und links von der linea alba. — Harte Vorwölbung im Douglas fühlbar. Peristaltik nicht bemerkbar.

Mässige Anschwellung der Inguinaldrüsen. Scheidenausfluss gering. — Temperatur: 37,5.

Therapie: Eisblase. Morphium.

29. X. P. ist bedeutend ruhiger. Temperatur 36,6. Puls 104. Druckempfindlichkeit hat etwas abgenommen. Untersuchung in Narkose ergiebt rechts vom Uterus abgekapselte

Geschwulst, die ins ligamentum latum übergeht. Linke Tube erweitert. Ovarium etwas vergrössert. — Uterus in normaler Lage, — etwas vergrössert. Cervix etwas weich. —

Therapie: Opium, Breiumschläge.

30. X. Temperatur normal. Puls etwas beschleunigt. Breiumschläge werden gut vertragen. Schmerzen nur gering

4. XI. Obstipationsbeschwerden durch Einlauf, Schwefel und Rizinusöl beseitigt. P. sieht im übrigen bedeutend besser aus. Druckschmerz im Leib nur noch gering. Puls und Temperatur normal.

8. XI. Die seit dem 6. XI. gemachten heissen Ausspülungen werden von der Patientin angenehm empfunden. Allgemeinbefinden gut. Stuhlgang geregelt.

12. XI. P. befindet sich leidlich. Leib noch etwas meteoristisch aufgetrieben; in beiden Hypogastrien keine Druckempfindlichkeit mehr vorhanden. P. bekommt Wismuth.

14. XI. P. hat ziemlich starken, übelriechenden Ausfluss; Verdacht auf Perforation des eitrig eingeschmolzenen parametrischen Exsudats. Untersuchung ergiebt, dass Ausfluss aus Scheide und Uterus herrührt.

20. XI. P. wünscht ihre Entlassung; wird, nachdem sie auf die eventuellen Folgen ihres leichtfertigen Handelns aufmerksam gemacht ist, entlassen.

Schon wenige Tage nach ihrem Weggange bekam P. wieder heftige Schmerzen im Leib und Schmerzen beim Wasserlassen. Nachdem sie sich einige Zeit hingeschleppt hatte, lässt sie sich am 8. XII. 99 wieder ins Krankenhaus aufnehmen.

8. XII. Der Stuhlgang war seit mehreren Tagen angehalten. In den letzten Tagen bestand hohes Fieber; auch Schüttelfröste will P. gehabt haben.

Das Abdomen ist stark meteoristisch aufgetrieben. Kein Erguss. Ueberall, besonders in beiden Hypogastrien starke

Druckempfindlichkeit; hier beiderseits ca. 3 querfingerbreite Dämpfung. Keine Fluctuation. Urin frei von Eiweiss und Zucker.

Therapie: Morphium. Eisblase.

Trotz mehrmaliger Einläufe kein Stuhlgang.

Temperatur: 37,6. Puls 100. — Vorbereitung zur Operation.

9. XII. In Aether-Narkose Schnitt in der Mittellinie von 1 cm unter Nabel bis einige cm über Symphyse führt bei Eröffnung der Bauchhöhle gleich auf breit mit Bauchwand und Beckenorganen verwachsenes Netz. Durchschneidung zwischen zentralen und peripheren Ligaturen. Flexura sigmoidea und 3 verschiedene Dünndarmschlingen fest mit den in Netzklumpen gehüllten Adnexen und dem Uterus verwachsen, so dass eine Dünndarmschlinge ganz scharf geknickt ist. Lösung teils scharf mit Messer, teils stumpf, führt zu Substanzverlusten, die bis auf Mucosa gehen und sorgfältig übernäht werden. Die Freilegung der Adnexe macht ausserordentliche Schwierigkeiten, ebenso die des mit Blase und vorderer Bauchwand fest verwachsenen Uterus. Beide Tuben und Ovarien gänzlich verwachsen und zusammengeknäuelt, werden beiderseits am Uruswinkel exstirpiert, links mit Ausschneidung eines Uterusstückes, da dort tuberkulöse Knoten. Etagennaht des Uterus. Uterus an vorderer Bauchwand mit einer Seidennaht fixiert. An der vorderen Wand des Rectum ist Serosamuskularis beim Ablösen aus den Verwachsungen ebenfalls eingerissen. Naht daselbst schwierig. Nach Zurechtlegen der Flexura sigmoidea und des Netzes genaue Etagennaht der Bauchdecken. Peritoneum, tiefe Fascie, Muskel, vordere Rectusscheide für sich. Hautnaht mit Zwirn.

P. hatte danach noch längere Zeit mit einer Aether-Bronchitis zu tun und erholte sich langsam. Verzögert wurde

die Heilung etwas durch eine Eiterung in der Nahtstelle. Am 22. II. 1900 wuree die P. völlig geheilt entlassen. Auf den Lungen keinerlei krankhafte Erscheinungen nachweisbar.

Beide erwähnten Fälle zeigen, dass es falsch ist, mit der Operation zu warten, wenn die Beschwerden schon so lange bestehen. Ist der Fall erst einmal so chronisch geworden, dann kommt die konservative Behandlung mit grosser Wahrscheinlichkeit nicht zu einem befriedigenden Resultat und es wird nur Zeit damit verloren. Auch in der Praxis elegans, wo sich allerdings derartige vernachlässigte Fälle seltener finden dürften, da sich die Patientinnen sofort nach Beginn ihrer Beschwerden in ärztliche Behandlung zu begeben pflegen, ist unter diesen Umständen eine Operation berechtigt. Selbst bei der grössten Schonung und der besten Pflege wird eine rechte Lebensfreude wegen der beständigen Beschwerden nicht aufkommen können. Dazu kommt noch, dass die Differentialdiagnose, namentlich mit Tuberkulose bei solchen chronischen Fällen, wie die vorerwähnte Krankengeschichte beweist, schwierig ist. Deshalb und wegen der meist bestehenden ausgedehnten Verwachsungen ist auch in solchen Fällen die Laparotomie vorzuziehen. Viele Gynaecologen weisen allerdings ein reichhaltiges Material von Patientinnen auf, die auch bei chronischem Leiden durch die vaginale Operation völlig geheilt wurden. Die Resultate scheinen aber nur dann für die Dauer wirklich befriedigende zu sein, wenn, wenigstens bei schwereren Erkrankungen, die vaginale Radicaloperation mit Exstirpation des Uterus ausgeführt wird. — Es ist ja möglich, dass durch die Art des Krankenmaterials in Britz die Ansichten über die vaginalen Operationen recht pessimistisch sind. In der Tat muss man bei den meisten Operationsberichten, von denen noch einige folgen werden, staunen über die Verwachsungen und Verunstaltungen der Organe und über die ausserordentliche

Schwierigkeit der Operation, selbst per Laparotomiam. Sehr häufig kam es dabei zu recht erheblichen Läsionen der Därme, deren Reparation wegen der ungünstigen Lage (z. B. am Mastdarm) schwierig war. In 3 Fällen waren sogar Darmresectionen nötig. Bei solchen schwereren Fällen kann, wenn man vaginal vorgeht, eigentlich nur die Radicaloperation in Frage kommen, für welche viel Autoren eintreten und die gute Dauerresultate zeitigt. Auf diese Weise ist aber ein conservatives Vorgehen ausgeschlossen. Wir werden später sehen, dass es nicht unwichtig ist, gesunde, oder nur leicht erkrankte Adnexe zurückzulassen. Ist doch sogar nach doppelseitiger Pyosalpinx Schwangerschaft beobachtet worden, wie von mehreren Autoren angegeben wird. Auch in Britz wurde Gravidität nach einseitiger Pyosalpinxoperation beobachtet, wie der nächste, kurz angeführte Fall beweist. Es bleibt auch die Frage, ob durch das Fehlen des Uterus nach der vaginalen Radicaloperation dem Beckenboden nicht eine wichtige Stütze genommen ist, und ob nicht aus diesem Grunde Beschwerden und ein Gefühl von Drängen nach unten zurückbleibt.

Fall 3. Margarete N. 24 Jahre alt, Dienstmädchen, wurde am 21. VII. 05 wegen rechtsseitiger Pyosalpinx laparotomiert. Die rechten Adnexe wurden entfernt. P. wurde am 2. IX. 05 geheilt entlassen.

Am 10. 4. 06 liess sich P. wieder wegen einer Pharyngo-Laryngitis ins Krankenhaus aufnehmen. Dabei zeigte es sich, dass sie im 5. Monat schwanger war. Sie war von Seiten der Unterleibsorgane völlig beschwerdefrei.

Die Frage der vaginalen Incision mit nachfolgender antiphlogistischer Behandlung, eine Methode, die namentlich Martin in neuerer Zeit wieder bevorzugt, soll an Hand der folgenden 3 Fälle erörtert werden. Hier führte die vaginale

Incision nicht zum Ziele und man verlor nur Zeit dabei. Beim ersten Fall handelte es sich ausser einer doppelseitigen Salpingitis noch um eine linksseitige eitrige Parametritis.

Fall 4. Frau Anna U. 25 Jahre alt wurde am 23. XI. 98 aufgenommen. Am 26. XI. wurde sie zum ersten Mal operiert: Schnitt im hinteren Scheidengewölbe. Peritoneum beim stumpfen Vorgehen in den Abscess geöffnet. Abstopfung mit Jodoformgaze. Dann Eröffnung des Abscesses. Entleerung des Eiters. Jodoformgazetamponade.

Am 12. XII. zum zweiten Mal operiert: Obere Incision im rechten Scheidengewölbe. Man gelangt nicht an den Eiterherd trotz Eröffnung des Douglas.

Am 17. XII. wurde die Laparotomie nötig: Schnitt in der Mittellinie vom Nabel bis zur Symphyse. Einige Unterbindungen lösen das mit den rechten Adnexen verwachsene Netz. Dann Trennung der ganz nach rechts hinübergezogenen flexura sigmoidea (mit grosser Schwierigkeit). Darauf wird ein weicher, höckeriger Tumor frei, der aus der Tube und dem verschlungenen und verwachsenen processus vermiformis besteht. Letzterer wird in der Mitte durchschnitten, dann noch einmal in gewöhnlicher Weise an der Basis amputiert. Darauf schwierige Herausklaubung der rechten Adnexe, wobei ein kleiner Abscess eröffnet wird. Ueberall doppelte Ligaturen. Dann Uebernähung der flexura sigmoidea. Umstechungen am Uterus. Etagennaht der Bauchdecken. —

Lehrreich ist dieser Fall auch wegen des mit der Tube fest verwachsenen Appendix. Wäre man vaginal auch insofern zum Ziele gelangt, als man die rechtsseitigen Adnexe hätte entfernen können, so wären sicherlich noch durch die Verwachsungen des Appendix Beschwerden zurückgeblieben. Solche Fälle sind recht häufig; vielfach handelt es sich noch um eine wirkliche chronische Appendicitis, die im Zusammenhang mit

einer entzündlichen Adnexerkrankung oft nicht leicht zu diagnostizieren ist. Von den 139 in Britz per Laparotomiam operierten Fällen musste 23 mal, also in 16,6 % der Fälle der Wurmfortsatz wegen mehr oder weniger chronischer Appendicitis entfernt werden. Liegt die Vermutung dieser Komplikation nahe, so sollte natürlich immer laparotomiert werden.

Bevor wir zu den anderen 4 Fällen übergehen, sei erwähnt, dass die eben genannte Patientin am 30. Juli 1902, also 4 Jahre nach ihrer ersten Aufnahme, von neuem ins Krankenhaus kam. Sie gab an, es seien 6 Monate nach ihrer damaligen Entlassung wieder mässig heftige Schmerzen im Leib aufgetreten. Das Unwohlsein sei seitdem unregelmässig, seltener und schwächer aufgetreten. Seit 14 Tagen habe sie unregelmässige Blutungen und sehr heftige Schmerzen. Der Untersuchungsbefund ergiebt: An Stelle der alten Operationsnarbe Bauchbruch. Abdomen nicht schmerzhaft, keine abnorme Dämpfung oder Resistenz; kein Erguss. Uterus liegt in starker Retroflexion. Aufrichten nicht möglich; die rechten Adnexe fehlen. Links neben dem Uterus fühlt man einen daumendicken, harten, halbmondförmigen, mit der Concavität nach oben vorn gerichteten Tumor. — Es hatte sich mithin nach 4 Jahren ein linksseitiger Adnextumor entwickelt, obgleich bei der früheren Operation die linke Seite völlig frei war. Auch hier war damals schon der Verdacht vorhanden, es handle sich um eine tuberkulöse Erkrankung und derselbe wurde durch die zweite Operation begründet. Am 1. VIII. 1902 wurde die Patientin operiert: Schnitt ungefähr in der Mittellinie etwas unterhalb des Nabels beginnend mit Umschneidung der früheren Hautnarbe bis zur Symphyse. Peritoneum geöffnet, zeigt breite, durch freie Zwischenräume unterbrochene Adhaesionen mit Netz. Dieselben werden zwischen Ligaturen durchtrennt. Abstopfung der Därme. Flexura sigmoidea wird aus ihren flächenhaften

Adhaesionen mit Uterus und linken Adnexen gelöst. Linke Adnexe an der Beckenwand adhaerent, lassen sich relativ leicht vorziehen, nachdem der Uterus, der stark retroflektiert liegt, angezogen ist. Unterbindung des ligamentum latum. Entfernung der linken Adnexe. Uebernähung der Tubenecke mit Catgut. Ventrofixation aus zwei die Uterusmuskulatur — Peritoneum und Fascie greifenden Nähten. Bauchdeckennaht in Etagen. – Die Untersuchung von Schnitten der Tube ergiebt zweifellose Tuberkulose.

Es sei erwähnt, dass die Patientin sich noch heute des besten Wohlbefindens erfreut.

Nach Erwähnung der 3 Fälle, bei denen ebenfalls die Scheidenincision nicht zum Ziele führte, soll dann bei Gelegenheit eines anderen Falles, bei dem nach einseitiger Exstirpation der Adnexe später auch noch die andere Seite befallen wurde, auf diesen Fall wieder zurückgegriffen werden.

Fall 5. Frau Marie B. 32 Jahre alt. Aufgenommen am 5. V. 1903.

Anamnese: Früher gesund. Menses regelmässig, aber sehr stark; in letzter Zeit mit Ziehen in der linken Seite. Zwei Partus, letzter vor 7 Jahren. Dann zwei Aborte, letzter vor 5 Jahren. Letzte Menses vor 3 Wochen. Seit 14 Tagen Fieber und Schmerzen in der linken Seite.

Status: Leidlich kräftige Frau. Fieber. Puls kräftig. Innere Organe ohne Besonderheiten. Leib gespannt und etwas aufgetrieben. Resistenz über dem linken Ligamentum Pouparti, sehr schmerzhaft. Portio steht hinter der Symphyse. Douglas vorgewölbt, zeigt Fluktuation.

Operation: Hinterer, querer Scheidenschnitt. Eröffnung des Douglas stumpf mit Kornzange. Entleerung reichlichen, dicken Eiters. Spülung. Drainage.

7. V. Temperatur noch erhöht. Schmerzen haben nachgelassen.

9. V. Ausspülung. Reichliche Sekretion. Drain und Tampon erneuert.

13. V. Remittierendes Fieber. Sekretion geringer. Im linken Parametrium noch starke Infiltration.

23. V. Man fühlt im linken Parametrium von der Wunde aus Fluktuation, die dem Ovarium anzugehören scheint. Operation: Stumpfe Eröffnung des Abscesses mit Kornzange von der ursprünglichen Wunde aus.

24. V. Gestern Abend Schüttelfrost. Temperatur noch erhöht. Keine Schmerzen.

25. V. Fieberfrei. Reichliche Sekretion.

30. V. Dauernd fieberfrei. Sekretion lässt nach.

9. VI. Im linken Parametrium immer noch erhebliche Infiltration. Rechte Adnexe frei.

21. VI. Da Schwellung links nicht zurückgeht, wird Laparotomie vorgeschlagen.

22. VI. Operation: Schnitt ein wenig links von der Mittellinie von Nabel bis Symphyse. Eröffnung des Leibes. Ein Konvolut von Dünndarmschlingen und der flexur, sowie Netz breit mit Adnextumor verwachsen. Netz nach Unterbindung durchtrennt. Darmkonvolut allmählich stumpf abgelöst. Dann Lösung der rechten Adnexe aus sehr festen Verwachsungen mit der Wand des kleinen Beckens und dem Uterus, sowie Uterus und Blase. Exstirpation der linken Adnexe mit Uteruswinkel. Naht des letzteren. Schrittweise Unterbindung des ligamentum latum. Dann Entwirrung des Darmkonvoluts. Zwischen Dünndarm und Flexur platzt dabei ein Abscess von Kastaniengrösse. Eiter in Tüchern aufgefangen. Genaue Isolierung der Därme. Desinfektion mit Sublimat. Uebernähung der geschädigten Partieen der Serosa.

Toilette der Därme. Ein Gazestreifen in die Tiefe des kleinen Beckens. Naht der Bauchdecken in Etagen.

Tube kolossal verdickt und geschlängelt, zeigt keinen Eiter mehr.

Die Patientin wurde am 15. VIII. 1903 geheilt entlassen. — Bei diesem Fall allerdings war zunächst die Indikation zur Laparotomie noch nicht gegeben, zumal die Diagnose bei den vorliegenden Verhältnissen nicht mit Sicherheit gestellt werden konnte. Es hätte sich ebenso gut um eine eitrige Para- und Perimetritis allein handeln können. Die Incision von der Scheide aus war zunächst gewiss das einzig richtige. Aber da es sich um eine Adnexerkrankung mit vielen Verwachsungen handelte, so wurde eben doch eine grössere Operation notwendig. — Und in welchem Verhältnis steht der Befund bei der Operation zu den laut Anamnese erst seit kurzem bestehenden Beschwerden! Man sieht daraus, dass die Beurteilung des vorgeschrittenen Prozesses recht schwierig ist, — ein wichtiger Grund, nie zu lange mit einer eingreifenderen Operation zu warten.

Nachdem wir diesen typischen Fall ziemlich ausführlich wiedergegeben haben, genügt es, von den 3 anderen Fällen nur kurz den Befund und die Operationsberichte zu geben.

Fall 6. Frau Elise R. 24 Jahre alt, aufgenommen am 31. X. 1903. Die Anamnese besagt, dass P. vor 12 Wochen entbunden hat. Bald danach stellten sich Schmerzen im Leib ein, so dass P. seit 7 Wochen bettlägerig ist. Sie hat viel erbrechen müssen und viel Schmerzen gehabt. — Rechts neben dem Uterus fühlt man einen Tumor; derselbe ist gegen den Uterus leicht verschieblich, von demselben deutlich abgrenzbar, ungefähr von Faustgrösse. Derselbe gehört wahrscheinlich dem Ovarium an, doch sind die Tuben nicht mit Sicherheit zu fühlen.

Die linken Adnexe sind frei. Uterus nicht vollkommen beweglich. Etwas Fluor. Temperatur 38,3°.

Am 5. XI. Operation: Incision quer im hinteren Scheidengewölbe rechts. Eröffnung des Abscesses, der dem rechten Ovarium angehört, mit Kornzange. Ausspülung dicken, gelben Eiters. Einige Umstechungen. Drainage. Tamponade.

Am 11. XI. war der Befund folgender: Temperatur 38,9. Bei Palpation des Abdomens klagt P. über Schmerzen etwas links von der linea alba im Hypogastrium. Man fühlt einen fluktuierenden Tumor von Kleinfaustgrösse links oberhalb des Uterus.

Am 14. XI. Laparotomie: Schnitt etwas links von der Mittellinie, etwas über Symphyse beginnend bis handbreit unter den Nabel. Netz liegt vor; man fühlt durch dasselbe den Abscess. Mit fortlaufender Naht Fixation zwischen Netz und Peritoneum parietale in einer nach oben convexen Linie. Einführung eines Jodoformgazestreifens zwischen Uterusseitenfläche und Darm in den Douglas hinein. Dann Eröffnung der hühnereigrossen Abscesshöhle durch das Netz hindurch. Entleerung von 2 Esslöffeln dicken, gelben Eiters. Ausspülung. Man gelangt nun in dem oberen Teil der Abscesshöhle zwischen Netz und Darm in die freie Bauchhöhle. Einführung eines mit Jodoform umwickelten Drains in die Höhle und eines Streifens oben gegen die Bauchhöhle. Streifen in den Douglas erneuert.

P. wurde in Heilung am 8. XII. entlassen. Neben dem Uterus fühlte man rechts noch eine starke Verhärtung im ligamentum latum.

Bei diesem Fall ist es nun fraglich, wie lange die circumscripte eitrige Peritonitis bestanden hat. Offenbar hatte sie sich schon lange vor der Einlieferung ins Krankenhaus, vielleicht als puerperale Erkrankung, entwickelt. Vielleicht aber

auch ist die Peritonitis entstanden durch Platzen des immerhin faustgrossen, rechtsseitigen Ovarialabscesses. Ist es erst einmal zu einer derartigen Infektion des Peritoneums gekommen, wie im vorliegenden Falle, so muss selbstverständlich per Laparotomiam vorgegangen werden. Nun kann man aber den Beginn eines solchen Prozesses nicht mit Sicherheit bestimmen — ein Grund mehr, die Laparotomie der vaginalen Exstirpation der Adnexe vorzuziehen.

Bei dem folgenden Fall kam es nicht zur Laparotomie, weil die Frau ihre Zustimmung nicht gab. Der später erwähnte Entlassungsbefund zeigt, dass die Patientin nicht geheilt war. Am 21. III. 1905 stellte sie sich mit doppelseitiger Pyosalpinx (namentlich rechts) vor.

Fall 7. Frau Anna Sch., 40 Jahre alt. Aufgenommen am 19. IX. 1903. Die Anamnese ergiebt, dass P. vor 2 Tagen plötzlich mit hohem Fieber und heftigen Schmerzen im Leib unter Erbrechen erkrankte. Der Hausarzt gibt an, dass der Ehemann der Frau dieselbe mit frischer Gonnorrhöe infiziert habe.

Befund: Abdomen diffus schmerzempfindlich, ohne dass eine Dämpfung nachzuweisen wäre. Auch ist nicht eine bestimmte Gegend besonders druckempfindlich. — Douglas stark vorgewölbt; die Adnexe lassen sich nicht genau abtasten, doch scheinen die Tuben beiderseits stark vergrössert zu sein. Bei Probepunktion entleert sich eine bräunlich-rote, stinkende Flüssigkeit. Mikroskopisch finden sich in derselben Colibazillen.

22. IX. Operation: Querer Scheidenschnitt hinten, Eröffnung des Douglas. Entleerung von viel mit Eiter gemischten, alten Blutes, so dass sich eine kindskopfgrosse Höhle ergiebt. Drainage, Tamponade.

Der Entlassungsbefund vom 14. XI. besagt:

Es besteht noch Ausfluss aus dem Uterus, starke Schwellung der linken, geringere der rechten Tube. Linke Tube in faustgrossen Eitersack verwandelt.

Obgleich nun die P., welche offenbar in der Lage war, sich zu pflegen (Schlächtermeisterfrau), weiter in ärztlicher Behandlung gewesen ist, wurde sie doch nicht von ihren Beschwerden geheilt. Am 21. III. 05 stellte sie sich, wie schon erwähnt, mit doppelseitiger Pyosalpinx vor.

Fall. 8. Frau Bertha H., 33 Jahre alt. Aufgenommen am 24. II. 1904. Die Anamnese besagt, dass die P. seit dem Jahre 1893 an Gebärmutter- und Eierstocksentzündung gelitten habe. 1900 sei sie in einer Berliner Klinik operiert worden und seitdem ohne Schmerzen gewesen. Seit 8 Tagen sehr heftige Schmerzen im Leib, besonders links, und öfters Erbrechen.

Gynaekologische Untersuchung ergiebt: Linkes Paramatrium infiltriert, Tube stark vergrössert, etwa gänseeigross. Uterus wenig beweglich. Rechts fühlt man neben dem Uterus eine faustgrosse Geschwulst, welche vom Uterus abgrenzbar ist.

27. II. Operation: Querer hinterer Scheidenbauchschnitt, besonders nach links. Eröffnung des linken, gut mannsfaustgrossen Sackes, Entleerung von stinkendem Eiter.

Am 5. III. ergiebt die Untersuchung dasselbe Resultat, wie bei der Aufnahme; deshalb wird am 11. III. die Laparotomie vorgenommen: Mühsame Lösung der sehr festen Verwachsungen. Beiderseits Exstirpation der Adnexe in der bei anderen Fällen erwähnten Weise. Präparat zeigt dicke, hühnereigrosse, eitrige Tubensäcke.

P. wurde am 9. April 1904 als geheilt entlassen. Dieser Fall beweist am schlagendsten und einfachsten, was wiederholt

betont wurde, dass nicht zu lange mit der Laparotomie gezögert werden soll und dass in solchen Fällen, wie dem vorliegenden, die Scheidenincision zu keinem befriedigenden Resultat führt.

Wir kommen nun zu dem, bereits bei Gelegenheit von Fall 4 (Frau Anna U.) angedeuteten Fall, bei dem nach Exstirpation der Adnexe der einen Seite später die bei der ersten Operation ganz gesunde andere Tube erkrankte.

Fall 9. Frau Ida R., 19 Jahre alt. Aufgenommen am 4. II. 1903. P. war im 5. Monat schwanger. Wegen einer linksseitigen Perisalpingitis und wegen cystischer Degeneration des linken Ovariums wurde die Laparotomie ausgeführt: Auslösung der linken Tube aus starken Verwachsungen mit der Flexura sigmoidea. Entfernung des linken Ovariums. Geheilt entlassen am 2. III. 03. Danach hat sich P. zunächst ganz wohl gefühlt.

Am 23. VI. 04 Wiederaufnahme. Seit einigen Monaten starker Fluor, Schmerzen im Unterleibe, besonders rechts, seit 4 Wochen. – Rechts vom Uterus ca. faustgrosser, scheinbar fluktuierender, schmerzhafter Tumor. Linkes Parametrium weich. Fieber. Heftige Schmerzen.

Nach Nachlassen der entzündlichen Erscheinungen Vorbereitung zur Operation.

27. VI. Schnitt etwas rechts von der Mittellinie wegen der früheren Narbe vom Nabel bis Symphyse. Eröffnung des Bauchfelles. Netz in der Mittellinie teilweise mit der vorderen Bauchwand verwachsen. Abstopfung der Därme nach oben. Es findet sich ein über faustgrosser Tuboovarialtumor rechts, der mit der Beckenwand ziemlich fest verwachsen ist. Da sich Uterus nicht vorziehen, Tumor nicht hervorwälzen lässt, Punktion des cystischen Tumors, auf dem die über daumendicke Tube geschlängelt entlang zieht. Es entleert sich zuerst

klare seröse Flüssigkeit, dann reiner Eiter. Darauf Unterbindung des Ligamentum latum in Partien, Abklemmung des Ovarialstiels, Abbinden der Tube am Uterus, möglichst rasches Herausklauben des noch gänseeigrossen Tumors, wobei trotzdem etwas Eiter in die unterliegenden Tücher kommt. Entfernung des Tumors. Erneuerung der Tücher Definitive Blutstillung am Ligamentum latum durch Umstechungen und Unterbindungen. Excision des Tubenwinkels am Uterus. Bildung einer Serosamanchette. Quetschung der Schleimhaut, Umschnürung mit Catgut. Naht der Serosamanchette mit Seide, ebenso eines durch Kugelzange entstandenen Risses im Uterus. Drainage durch einen mit Jodoformgaze umwickelten Drain. Toilette der Därme. Netz nach unten gelegt. Naht der Bauchdecken in Etagen.

Tumor zeigt stark verdickte und erweiterte Tube, in derselben Eiter. Fimbrie geht direkt in die noch etwas Eiter enthaltende Cyste über, an deren Rand sich ein grosses corpus luteum, sonst kaum noch Ovarialgewebe findet.

P. wurde am 20. VII. 04 geheilt entlassen.

Dieser Fall unterscheidet sich natürlich wesentlich von Fall 4. Dort handelte es sich um Tuberkulose, hier entweder um eine gonorrhoische oder puerperale Infektion. Dort kam es erst nach 4 Jahren zu so erheblichen Veränderungen der anderen Seite, dass eine Operation nötig wurde (entsprechend dem chronischen Verlauf der Tuberkulose), hier schon nach $1^1/_4$ Jahr. Bei beiden Fällen lässt sich aber die Frage aufwerfen, ob es nicht ratsamer gewesen wäre, von vornherein die Adnexe beiderseits herauszunehmen, — bei dem einen Fall, weil es sich um Tuberkulose handelte, bei dem andern, weil eine Gravidität vorlag. — Bei einer so im Verborgenen schleichenden Krankheit, wie die Tuberkulose, lassen sich Veränderungen im ganz frisch infizierten Gewebe makroskopisch

noch nicht feststellen. Der Gedanke liegt sehr nahe, dass, wenn sich einmal der tuberkulöse Prozess in einer Tube entwickelt hat, auch die andere bereits Keime besitzt, welche zu einer späteren, schweren Erkrankung führen können. Man kann es nie wissen und deshalb bleibt zu erwägen, ob nicht da, wo Tuberkulose vorliegt, besser von vornherein auch die Adnexe, resp. die Tube der gesunden, oder scheinbar gesunden Seite herausgenommen werden. Fall 4 lässt diese Massnahme ratsam erscheinen. — Anders liegt es bei dem zuletzt erwähnten Fall 9. Die Frau war schwanger im 5. Monat. In verhältnismässig kurzer Zeit gab es also ein Puerperium und man weiss, wie überaus empfindlich der Uterus in dieser Zeit gegen Infektionskeime ist. Waren auch nur minimale Spuren von Keimen nach der Operation zurückgeblieben, so hatten sie, die unter anderen Verhältnissen nicht zur Entfaltung ihrer Tätigkeit gekommen wären, in dem puerperalen Uterus einen sehr geeigneten Nährboden gefunden, hätten gewissermassen in ihm neue Lebenskraft geschöpft, um dann in die andere Tube zu wandern. Es bleibt also auch hier zu erwägen, ob es nicht, wenn Gravidität vorliegt, besser ist, beiderseits die Adnexe, resp. die Tuben herauszunehmen.

Es folgen nun 8 Fälle, davon 5 Laparotomieen, 3 Kolpokoeliotomieen, die insofern ein grösseres Interesse beanspruchen, als es sich jedesmal gleichzeitig um einen Tubarabort, oder Tubargravidität der anderen Seite handelte. Die Differentialdiagnose zwischen Tubargravidität und Pyosalpinx ist häufig nicht leicht. Eine geplatzte Pyosalpinx oder Ovarialabscess kann ähnliche Symptome machen, wie ein Tubenabort, wie der später erwähnte Fall 11 zu beweisen scheint.

In 3 von den erwähnten 8 Fällen wurde die Diagnose nicht mit Sicherheit gestellt. Ist ein Zweifel vorhanden, so sollte immer per Laparotomiam vorgegangen werden, wo es

nur irgend angängig ist. Man kann dann die Situation übersehen und, wenn es sich um Tubargravidität im Zusammenhang mit einer Adnexerkrankung handelt, auch die kranken Teile exstirpieren. Freilich wird hier der häufig zu elende, ausgeblutete Zustand der Frauen eine länger dauernde Operation unmöglich machen, wie Fall 13 zeigt, wo wegen des elenden Zustandes der P. die kranken Adnexe unberührt gelassen werden mussten.

Der erste dieser 8 Fälle ist dadurch bemerkenswert, dass eine Resektion von Dünndarmschlingen notwendig wurde und dass die Pyosalpinx zwischen Dünndarm und Flexur durchgebrochen war. Die anderen beiden Fälle, bei denen es ebenfalls zu Dünndarmresektionen kam, sollen dann später erwähnt werden.

Fall 10. Frau Emilie G., 29 Jahre alt. Aufgenommen am 28. Dezember 1899. Das Begleitschreiben des behandelnden Arztes besagt: Frau Emilie G. leidet an einer linksseitigen Unterleibsentzündung (Tumor?) und bedarf mangels jeglicher Pflege der sofortigen Aufnahme ins Krankenhaus. — Die Diagnose Tubenabort war also nicht gestellt worden.

Am 2. Januar 1900 wurde sie operiert: Nach Punktion von der Scheide, die nur Blut entleert, Schnitt in der Mittellinie von etwas über der Symphyxe bis 3 cm oberhalb des Nabels. Netz flächenhaft verwachsen, lässt sich bis auf einen, über der Blase fest adhaerenten Teil, der zwischen 2 Ligaturen durchschnitten wird, stumpf ablösen. Beim äusserst vorsichtigen Ablösen des Darms platzt der Tumor; es entleert sich stinkender Eiter, der in Tupfern aufgefangen wird. Nach Schutz der Darmschlingen durch Tupfer Ausspülung mit Kochsalz. Dann stumpfes Lösen der sehr fest adhaerenten Darmschlingen. Eine Dünndarmschlinge ist ganz mit der Eitersackwand verlötet und

lässt sich nur unter Zerreissung der Serosa und teilweise auch der Darmmuskulatur lösen, die dann mit eitrig schmierigen Massen belegt ist. Nach Lösung des auch fest verwachsenen Processus vermiformis bleibt die Flexura sigmoidea ganz nach rechts von Uterus und rechtsseitigen Adnexen fixiert. Vorsichtige Lösung der Flexur daselbst, darauf gewaltsame Lösung der Flexur von der Hinterfläche des Uterus und der hinteren Wand des Tubensackes. Vollkommene Isolierung desselben; Abbindung von Tube und Ovarium am Uterus und an der Beckenwand. In der Tube taubeneigrosse Placenta. Reinigung von Douglas und dem oberhalb des Mesenteriums der Flexur, zwischen dieser und dem besonders stark mitgenommenen Dünndarm liegenden, Abscesssack. Vorlagerung der erwähnten Dünndarmschlinge vor Bauchdecken. Resektion derselben und zirkuläre Naht in Etagen. In den Douglas und in den anderen Abscessraum zwischen Flexur und Dünndarm ein Gegendrain (Jodoform). Ausbreitung des Netzes über den Dünndarm. Naht des Peritoneums fortlaufend mit Seide bis auf 2 Drainlücken, ebenso der Fascie mit Catgut. Hautnaht mit Seide.

P. wurde am 31. März geheilt entlassen.

Es ist selbstverständlich, dass, auch abgesehen von dem Tubarabort, hier eine vaginale Operation nicht zum Ziele gekommen wäre. Man ersieht daraus, wie gefährlich doch immerhin die vaginale Methode ist. Ein solcher, zwischen Dünndarmschlingen abgekapselter Abscess, der von einer geplatzten Pyosalpinx herstammt, ist ebensowenig, wie eine chronische, mit der Salpingitis verbundene, Blinddarmentzündung mit Sicherheit zu diagnostizieren. Auch kann man nicht immer wissen, ob nicht eine Darmresektion nötig wird, die doch von der Vagina aus eine schwierige und gefährliche, manchmal unmögliche Operation ist.

Die anderen Fälle können kürzer abgehandelt werden.

Fall 11. Bei einer Frau Agnes G., 19 Jahre alt, welche am 3. Juni 1901 aufgenommen wurde, sprach die Anamnese sehr für Tubarabort. Sie hatte Ende April die letzte normale Periode, — dann am 25. Mai neue Blutung mit plötzlichem heftigen Schmerz im Kreuz und im Leibe, dabei allerdings angeblich Fieber. — Der gynaekologische Befund bei der Aufnahme besagt: Uterus liegt nach vorn, nicht vergrössert, rechtes Ovarium stark druckempfindlich. Ligamenta sacro-uterina beiderseits infiltriert.

Am 8. Juni war hinter dem Uterus eine über wallnussgrosse, stark schmerzhafte Resistenz fühlbar. Parametrium im übrigen frei.

Am 15. Juni wurde die Kolpokoeliotomia posterior ausgeführt. Es entleerte sich ein Esslöffel Eiter. Ob es sich hier nun um einen geplatzten Ovarialabscess im Zusammenhang mit einem Tubarabort gehandelt hat, oder ob es eine Peritonitis saccata auf perimetritischer Grundlage war, ist zweifelhaft. — Hier führte die vaginale Incision zum Ziele. P. wurde am 16. Juli geheilt entlassen.

Fall 12. Frau Anna F., 32 Jahre alt. Aufgenommen am 17. VI. 1902; kam mit den sicheren Symptomen eines Tubarabortes. Sie wurde sofort laparotomiert; die stark blutende rechte Tube wurde herausgenommen. Die linke Tube erwies sich verdickt, hühnereigross, — wurde aus starken Verwachsungen gelöst und exstirpiert. Das linke Ovarium wurde zurückgelassen. — P. wurde am 16. VII. geheilt entlassen.

Fall 13. Frau Marie M., 38 Jahre alt. Aufgenommen als Tubarabort am 10. XI. 1902. Wegen hochgradiger Anaemie sofortige Laparotomie. Die rechte Tube ist geplatzt und blutet stark. Exstirpation. Die linken Adnexe erweisen sich in einen Tumor zusammengebacken, der fest im kleinen Becken ver-

wachsen ist. Sie werden mit Rücksicht auf den elenden Zustand der Frau unberührt gelassen. P. erholte sich trotzdem so weit, dass sie am 15. I. 03 ohne wesentliche Beschwerden entlassen werden konnte.

Fall 14. Pauline B., 32 Jahre alt. Aufgenommen am 31. VIII. 1901. Am 3. IX. stand die Diagnose Tubenabort fest, — deshalb Laparotomie. In der geplatzten rechten Tube hühnereigrosse Placenta. Exstirpation von Tube und Ovarium. Da die linke Tube in der Mitte stark aufgetrieben ist, Resection derselben. — P. wurde am 19. X. 01 geheilt entlassen.

Fall 15. Frau B., 30 Jahre alt. Aufgenommen am 9. XII. 1901 wurde am 10. XII. wegen einer linksseitigen Tubengravidität laparotomiert. Dabei zeigt sich die rechte, fest mit dem Ovarium verwachsene Tube bis zu Daumendicke gefüllt (Hydrosalpinx), daher Exstirpation der rechten Adnexe ebenso wie links. P. wurde am 6. I. 02 geheilt entlassen.

Fall 16. Frau Anna S., 24 Jahre alt. Aufgenommen am 2. I. 1905. Nach der Anamnese hatte P. am 31. XII. 04 und 1. I. 05 mehrere Schwindelanfälle, nachdem die letzte Regel 4 Wochen zuvor gewesen war. P. wird mit Schmerzen in der rechten Seite des Unterleibs eingeliefert.

Gynaekologischer Befund: Hinterer Douglas stark vorgewölbt, — nach rechts hin ist diese Vorwölbung schmerzempfindlich. Links fühlt man noch einen etwa kastaniengrossen, nicht besonders empfindlichen Adnextumor. Rechts wegen der Schmerzhaftigkeit und der Gefahr des Platzens der betreffenden Tube nur sehr zart palpiert und daher nichts wesentliches festgestellt.

Sofort Laparotomie: Vorziehen der rupturierten rechten Tube nach Entleerung grosser geronnener Blutmassen. Entfernung der Tube. Linke Tube ganz verschlossen, stark ver-

dickt (über daumendick), mit dem fibrös entarteten Ovarium mehrfach verwachsen. Daher Exstirpation der linken Adnexe.

P. wird am 31. I. 05 geheilt entlassen.

Fall 17. Margarete R., 24 Jahre alt. Aufgenommen den 18. VI. 1905. P. hat seit einigen Tagen eitrigen Ausfluss, Brennen beim Wasserlassen, häufiges Drängen zum Urinieren. Seit vorgestern Schmerzen im Unterleib beim Gehen und Hinsetzen:

Befund: Portio etwas vergrössert, am Orificium Schleimhautdefekte, einige in die Tiefe gehend, von ulcerösem Charakter. Uteruskörper retrovertiert, lässt sich vom Mastdarm leicht in die richtige Lage bringen. Rechte Adnexe frei. Linke Adnexe: Tube etwas verdickt, ebenfalls Ligamenta sacro uterina.

Am 5. VII. wurde die Diagnose auf Graviditas tubaria gestellt. Deshalb Operation: Eröffnung von der Scheide aus durch queren Scheidenbauchschnitt. Zuerst entleert sich aus einer ganz abgegrenzten Höhle neben dem Uterus Serum in grösserer Menge, dann Blut und Fibringerinnsel; man fühlt darüber deutlich die Tube.

Als P. am 31. VII. entlassen wurde, war das Allgemeinbefinden gut. Jedoch bestand links ein faustgrosser, wenig empfindlicher Tubensack, — rechts beträchtliche Verdickung der Tube. P. war nun zwar fast beschwerdefrei, aber doch nicht geheilt. Eine Laparotomie hätte, wenn P. darauf eingegangen wäre, ihr gewiss noch manche schwere Stunde erspart.

Die erwähnten 8 Fälle sprechen so sehr für sich selbst, dass darüber nichts weiter zu sagen wäre, als was schon zu ihrer Einleitung erwähnt wurde. Wenn man nicht sicher ist, ob Tubargravidität oder Pyosalpinx — das Fieber ist durchaus nicht immer diagnostisch für eine geplatzte Pyosalpinx, oder

einen geplatzten Ovarialabscess verwertbar —, oder beides vorliegt, lieber Laparotomie! Bei den Zeichen starker innerer Blutung ist die Vornahme der Laparotomie ja sicher richtig.

Welche Behandlung bei ganz frischen, fieberhaften, entzündlichen Adnexerkrankungen einzuschlagen ist, soll später bei Besprechung der Literatur abgehandelt werden, — soviel sei aber schon jetzt erwähnt — und das geht ja auch aus einigen der beschriebenen Fälle hervor —, dass es nicht immer leicht ist, das Alter einer Adnexerkrankung zu konstatieren. Deshalb nicht allzu lange warten! Bei einer verhältnissmässig grossen Anzahl der geheilt entlassenen Britzer Fälle wurden in dem Tubeneiter noch Gonokokken gefunden. Bei vorsichtiger Operation ist die Gefahr der Verschleppung in den Bauchraum ja auch nicht allzu gross.

Es folgen nun die beiden Fälle, bei denen, ebenso wie in Fall 10 Darmresektionen nötig waren. Sie seien etwas ausführlicher wiedergegeben.

Fall 18. Anna Sch., 18 Jahre alt, Gesellschafterin. Aufgenommen am 6. VII. 1902. Aus der Anamnese geht hervor, dass die Menses seit 2 Monaten ganz ausgeblieben sind. Vor 10 Tagen plötzlich starke Blutungen; Schüttelfrost; dauernd Erbrechen, Durchfälle und Unterleibsschmerzen. Nach einiger Zeit gibt P. zu, schwanger gewesen zu sein und einen Abort gehabt zu haben. Die Eltern wissen von nichts.

Status: Mässig kräftiges Mädchen. Temperatur 35,6. Sensorium etwas benommen. Aengstlicher Gesichtsausdruck, Augen eingefallen. Extremitäten kühl. Aussehen sehr beängstigend. Ständiges Erbrechen galliger Massen. — Puls überhaupt nicht fühlbar. Herz und Lungen ohne Besonderheiten. — Abdomen aufgetrieben, nirgends abnorme Schmerzhaftigkeit, Resistenz oder Dämpfung. Aus der Vagina wenig

blutiger Ausfluss. Im rechten Teile des Douglas fühlt man eine leichte Resistenz. Diagnose: Gastroenteritis, vielleicht durch Einnehmen eines Abtreibungsmittels. Perimetritis; eventuell peritonitische Reizung durch Perimetritis.

Prognosis: pessima. Therapie: Kochsalzinfusion. Kampfer.

7. VII. 02. Allgemeinzustand etwas besser, Puls ist fühlbar — 110. Temperatur 36,4. Erbrechen wird nach Magenspülung seltener, ist aber immer noch sehr reichlich, so dass Magenspülungen fortgesetzt werden müssen bis zum 14. VII.

14. VII. Milch und Kaffee wird gut vertragen; kein Erbrechen mehr. Keine Schmerzen.

17. VII. Bekommt Zwieback und mehr Suppen; kein Erbrechen. Appetit gut. Druckempfindlichkeit in den Parametrien noch vorhanden, jedoch geringer.

21. VII. Untersuchung ergiebt: Leichte Rechtslagerung des Uterus; rechts neben dem Uterus ein harter, runter, ungleicher Tumor, links die verdickte Tube; Infiltration des Parametriums.

29. VII. Subjektives Wohlbefinden.

13. VIII. Untersuchung in Narkose: Uterus anteflektiert, von vorn nach hinten frei beweglich, nach rechts verlagert; rechtes Parametrium frei. Links eine breite, der Lage der Tube entsprechende, tumorartige Verdickung. Rechte Adnexe nicht deutlich fühlbar. Doppelseitige Pyosalpinx angenommen.

20. VIII. Operation: Schnitt vom Nabel bis Symphyse etwas links von der Mittellinie; Abstopfung der Därme. Breite Netzverwachsung mit der Vorderfläche des Uterus — nach doppelter Ligatur durchschnitten. Lösung zahlreicher Verwachsungen zwischen Flexur, Coecum, Dünndarm einerseits und den Geschlechtsorganen anderseits. Diese in einen unentwirrbaren Klumpen zusammengebacken. Zuerst gewaltsames Heraus-

reissen der linken Adnexe, wobei Ovarium und Tube Eiter entleeren in die untergestopften Tücher. Ligatur des Ligamentum latum und der Tube; Cauterisation. Rechte Adnexe lassen sich nicht so isolieren. Beim Anziehen des Uterus reisst dieser quer am Collum ab. Dann Exstirpation der in einen eitrigen Klumpen verwandelten rechten Adnexe. Dabei reisst eine Dünndarmschlinge an; es entleert sich Galle. Abklemmung des Darms. Verschluss des Portiostumpfes nach Cauterisation mit Paquelin. Catgutnaht I. Muscularis, II. Serosa. Genaue Blutstillung im Becken. Dann Herauslagerung der angerissenen Jejunumschlinge. Resektion eines 10 cm langen Stückes. Circuläre Darmnaht. Naht des Mesenterialschlitzes. Toilette der Därme. Naht eines vom Rektum losgerissenen Serosalappens. Ausspülung des kleinen Beckens; Drainage. Naht der Bauchdecken in der üblichen Weise.

Eiter aus Pyosalpinx steril; in der Uteruswand Abscesse.

Am 29. IX. 02 wurde P. geheilt entlassen.

Dieser Fall nimmt deswegen eine Ausnahmestellung ein, weil es sich (aller Wahrscheinlichkeit nach) um einen kriminellen Abort handelte.

Eine genaue Anamnese ist in solchen Fällen von grosser Wichtigkeit. Beruf, Schamgefühl, Familienverhältnisse sind häufig der Grund, dass die Patientinnen den wahren Grund ihrer Erkrankung verheimlichen. Nicht immer lässt sich aus den vorhandenen Symptomen der Schluss auf einen stattgehabten Abort rechtfertigen. Im vorliegenden Fall fehlte ausserdem jedes Fieber und die verhältnismässig geringe Pulserhöhung (120) hielt nur 2 Tage an. Es stand also die Diagnose einer puerperalen Infektion durchaus nicht auf festen Füssen und erst das offene Geständnis der P. konnte Sicherheit geben. Handelt es sich aber um eine puerperale Infektion, so sollte unbedingt die Laparotomie gemacht werden. Dieser Prozess

pflegt sich ja viel diffuser auszubreiten als die Gonorrhöe, welche sich schliesslich bloss in den Tuben festzusetzen braucht, um dort in günstigen Fällen zu erlöschen. Bei einer puerperalen Infektion lässt sich nicht mit Sicherheit sagen, wie weit der Prozess vorgeschritten ist. Bei einer vaginalen Operation tappt man in solchen Fällen zu sehr im Dunkeln. Man muss die ganze Gegend übersehen können, um alles Kranke zu entfernen.

Dem nächsten Fall, einer doppelseitigen Pyosalpinx liegt eine Gonorrhöe zugrunde.

Fall 19. Frau Anna P., 34 Jahre alt, wurde am 25. IV. 1904 aufgenommen.

Die letzte Entbindung war im Dezember 1903; seitdem Fluor, Schmerzen im Unterleib, unregelmässige schmerzhafte Menstruation. Seit ca. 4 Wochen heftige Schmerzen in der rechten Bauchseite.

Zunächst behandelte sie ihr Arzt auf Blinddarmentzündung. Viel Erbrechen. Stuhlgang nur auf Klystier; sehr starker, gelblich weisser Ausfluss. Heftige Schmerzen im Unterleib. Der Ehemann hat akute Gonorrhöe.

Befund: Starker Fluor; im mikroskopischen Präparat intracelluläre Diplokokken. Leib bei Berührung schmerzhaft. Uterus anteflektiert, nicht vergrössert. Linke Tube stark verdickt, gänseeigrosser Tumor, sehr schmerzhaft. Rechte Tube ebenfalls verdickt. Exsudat nicht nachweisbar. Appendix nicht zu fühlen.

P. wird zunächst mit Eisblase, Ausspülungen, Ichthyol-Tampons behandelt.

7. V. Operation: Schnitt etwas links von der Mittellinie vom Nabel bis Symphyse. Im kleinen Becken zeigen sich nach Abstopfung der Därme Processus vermiformis, Dünndärme

und Flexura sigmoidea breit und flächenförmig mit den zusammengebackenen inneren Genitalien verwachsen. Sehr mühsame Isolierung der Dünndärme, wobei die Serosa in der Ausdehnung von ca. 6 cm abreisst. Dann Isolierung der Flexur vom Uterus und den Adnexen nach doppelter Ligierung mehrerer verwachsener Appendices. Lösung des sonst normalen Processus vermiformis. Dann Isolierung der fest mit dem Becken verwachsenen linken Adnexe. Tube stark gekrümmt und geschlängelt, über daumendick. Entfernung der linken Adnexe nach Partienligatur des Ligamentum latum. Dann Isolierung der ebenfalls stark verwachsenen rechten Adnexe. Exstirpation der Tube nach Spaltung des Ligamentum latum und Partienligatur mit Erhaltung des rechten Ovariums. Naht der beiden Ligamenta lata, so dass überall glatte Serosa liegt. Ein Gazedrain in den linken Raum zwischen Uterus und Beckenwand. Toilette der Därme. Dann Aufsuchen der serosa beraubten Dünndarmschlinge. Abklemmung derselben. Resektion eines 15 cm langen Stückes ziemlich dicht am Coecum. Circuläre Darmnaht. Naht der Bauchdecken in Etagen.

Beide Tuben stark erweitert, Schleimhaut entzündet; innen eitriger Schleim.

P. wurde am 6. VI. 04 geheilt entlassen.

Diese Fälle mit Resektion von Dünndarm sind deswegen bedeutungsvoll, weil sie wiederum den Wert der Laparotomie von einem anderen Gesichtspunkt aus zeigen. Wie leicht kann es auch bei einer vaginalen Operation passieren, dass bei Lösung von Darmverwachsungen die Serosa des Darms abreisst, ebenso wie in dem vorliegenden Fall. Dazu kommt, dass man dann nicht klar sieht; man weiss nicht, wie viel abgerissen ist, wie die Muscularis des Darms beschaffen ist etc. Man muss die betreffende Dünndarmschlinge ihrem Schicksal überlassen, oder vor der Scheide resecieren, was den Eingriff sicher ausser-

ordentlich erschwert — und darin beruht doch gewiss eine grosse Gefahr.

Wir müssen nun zum Schluss auch von den Todesfällen sprechen. Von den 164 operierten Fällen starben 11. Bei 24 von den 164 Fällen handelte es sich um Scheideninzisionen, bei einem um Adnexexstirpation von der Scheide aus. Von diesen 25 per Vaginam operierten Patientinnen starben 3, von den 139 laparotomierten 8. Die Mortalität der per Laparotomiam operierten war also 5,75 %, die der per vaginam operierten 12 %. Diese Statistik will nun allerdings gar nichts besagen. Bei allen gestorbenen laparotomierten Frauen handelte es sich, bis auf eine, von vornherein um fast völlig aussichtslose Fälle. Dagegen wären 2 per vaginam operierte Patientinnen, von denen bei der einen eine Adnexexstirpation gemacht wurde, vermutlich durchgekommen, wenn sie laparotomiert worden wären. Zur besseren Beurteilung der Todesursache sollen sie hier kurz angeführt werden.

Fall 20. Frau Anna B., 28 Jahre alt. Aufgenommen den 23. Mai 1898. Laparotomie am 24. Mai. (Salpingotomie). † am 27. Mai. Diagnose: Peritonitis fibrino-purulenta. Salpingitis dextri lateris. Sepsis. — Bei der Operation zeigte sich eine Abscesshöhle, die nach unten bis tief ins rechte Parametrium, nach oben bis an die Leber ging und offenbar nicht gegen die freie Bauchhöhle abgeschlossen war. P. starb drei Tage nach der Operation.

Der folgende Fall ist deswegen bemerkenswert, weil bei ihm die Exstirpation von linker Tube und Ovarium per Vaginam vorgenommen wurde. Er sei deswegen etwas ausführlicher behandelt.

Fall 21. Frau Anna K., 24 Jahre alt. Aufgenommen den 20. April 1899. P. hatte am 22. März 1899 einen Abort im 4. Monat. Seitdem Ausfluss. Fieber, Schmerzen beim Laufen

und beim Stuhlgang. Befund: Uterus etwas nach rechts liegend, nicht vergrössert. Rechtes Parametrium stark verdickt, infiltriert, doch überall hart. Linkes Parametrium ebenfalls etwas verdickt; Tube als bleistiftdicker Strang fühlbar, mit Ovarium zu taubeneigrossem Tumor am Ende verwachsen. Uterus durch Adhaesionen fixiert. — Starker Durchfall.

Bis zum 28. April ausgesprochene Eiterfieberkurve. Am 28. April Operation. Eröffnung des Douglas durch Querschnitt im hinteren Scheidengewölbe. Es entleert sich eine reichliche Menge gelblicher, seröser Flüssigkeit mit Fibrinbeimengung. Im Douglas liegt das linke Ovarium mit Tube vor, verdickt und verwachsen. Die rechte Tube erscheint schlank. Die linke Tube wird von den Adhaesionen frei gemacht, ebenso das Ovarium, vor allem von Verwachsungen mit dem Netz, welches zum Teil sehr morsch und in eitrigem Zerfall sich befindet. Uebersicht durch vorfallende Därme trotz 10 cm langen Schnittes erschwert. Die Tube und das linke Parametrium wird darauf vom Uterus abgebunden, was ziemlich schwierig ist: die linken Adnexe werden entfernt. Rechts erscheint Tube und Ovarium zwar mit Fibrin belegt, doch schlank; deswegen Belassung. Naht der Scheidenwunde bis auf eine Stelle in der Mitte, wo Jodoformgazedrain eingeführt wird.

29. IV. Während gestern nach Operation leidliches Befinden, Leib weich, nicht schmerzhaft, kein stärkeres Bluten, so heute Unruhe, nicht klar, aufgeregt, Atmung beschleunigt, Leib aufgetrieben, Leber hochstehend, Puls klein. Doch Darmgeräusche vorhanden, Leib nicht schmerzhaft, kein Erbrechen, kein Durchfall.

30. IV. Seit dem Morgen Collaps. Puls klein, schnell, kaum fühlbar. Leib aufgetrieben, Leber hochstehend. Atmung schnappend, starke Unruhe. Dämpfung im seitlichen Teile des Leibes ergiebt Eiter bei Punktion. Campher, Weineinlauf,

Kochsalzinfusion beseitigen den Collaps nicht und abends 8 Uhr Exitus letalis. Die Sektion ergab: Peritonitis diff. pur. Abscessus multipl. uteri. Abscessus sept. param. dextr. Splenitis infect. Nephritis parench. Degeneratio adipos. hepatis. Oedema pulmonum.

Vergleicht man diesen Fall mit einer grossen Anzahl der laparotomierten und geheilten Frauen, so scheint er im Verhältnis zu ihnen, soweit sich das überhaupt beurteilen lässt, nicht allzu schwer gewesen zu sein.

Sicherlich sind Fälle in grosser Anzahl, die nach der Krankengeschichte einen viel schwereren Eindruck machen, durch die Laparotomie geheilt worden. Vermutlich wäre es auch bei diesem Fall so gewesen, wenn die Laparotomie vorgenommen worden wäre. Die Operation von der Scheide aus hätte nur zum Ziele führen können, wenn die sämtlichen inneren Genitalien entfernt worden wären. Es geschah dies nicht, weil der Uterus noch erhalten werden zu können schien. Bei der Laparotomie wäre die Entscheidung, was alles entfernt werden musste, sehr viel leichter gewesen.

Beim nächsten Fall handelte es sich um eine Sepsis puerperalis.

Fall 22. Frau Anna H., aufgenommen am 24. VI. 1900, bekam am 16. V. 5 Tage nach einer normalen Entbindung Fieber, Schüttelfröste und Schmerzen im Leib, die bis zu ihrer Aufnahme ins Krankenhaus anhielten. Der Leib ist nicht aufgetrieben, in beiden Hypogastrien druckempfindlich. Keine Dämpfung. Per vaginam fühlt man im Douglas, sowie im linken Scheidengewölbe deutliche Resistenz, unsicheres Gefühl der Fluktuation. Fieber 39,1 °.

26. VI. In Chloroformnarkose fühlt man links neben dem Uterus einen ca. gänseeigrossen Tumor, von der Tube aus-

gehend. Uterus anteflektiert, etwas vergrössert. Incision im linken Scheidengewölbe. Beim ganz vorsichtigen Sondieren gelangt die Sonde in die freie Bauchhöhle (!), ob durch Uteruswand, oder Tube, nicht festzustellen. Abstopfung der freien Bauchhöhle mit Jodoformgaze; dann stumpfe Eröffnung eines Eitersackes, der linken Tube angehörend. Ausspülung, Tamponade.

28. VI. Tod an Peritonitis. Sektion ergiebt linksseitige Pyosalpinx; der Eitersack zeigt am oberen Rande eine mit der freien Bauchhöhle in Verbindung stehende Kommunikation. In der Bauchhöhle blutig-seröser Erguss mit Eiterflocken.

Beim nächsten Fall handelte es sich um Ileus.

Fall 23. Frau Luise F., 38 Jahre alt, aufgenommen am 25. IV. 1901, hatte seit mehreren Tagen Kotbrechen. Bei der Operation zeigt sich eine doppelseitige Pyosalpinx und ein Convolut ganz abgeknickter Darmschlingen im kleinen Becken, welche während der Operation einrissen. Bei Schluss der Operation Exitus letalis.

Fall 24. Martha K., 24 Jahre alt. Aufgenommen am 23. X. 01. Ebenfalls Ileus. Vor der Narkose Kotbrechen. Bei der Operation ergiebt sich eine Ruptur der linksseitigen Pyosalpinx und diffuse Peritonitis. 3 Tage nach der Operation Exitus letalis.

Fall 25, Frau Marie T., 34 Jahre alt. Aufgenommen am 14. X. 1901. Hier handelte es sich um Parametritis sin. lat., Pyosalpinx sin. lat., Hydrosalpinx dextri lat., Myoma interstitiale uteri in angulo tubae dextrae. Dies ist der einzige laparotomierte letale Fall, bei dem die Prognose nicht allzu schlecht hätte gestellt zu werden brauchen. Es waren die üblichen Verwachsungen vorhanden und mancher von den erwähnten geheilten Fällen macht einen schwereren Eindruck.

Die Frau starb am 1. XI. 01 an Peritonitis. Es ist dies wohl der einzige Fall, in dem der Tod durch die Operation selbst herbeigeführt worden ist, d. h. es ist anzunehmen, dass das Peritoneum durch die Operation infiziert worden ist.

Der nächste Fall ist nun wieder lehrreich für die Beurteilung der Scheidenincisionen.

Fall 26. Frau Margarethe K., 26 Jahre alt, wurde am 10. II. 1904 aufgenommen. Die Anamnese besagt, dass P. schon lange wegen Blasenleidens in ärztlicher Behandlung ist. Seit dem 3. I. 04 liegt sie zu Haus wegen heftiger Leibschmerzen und Scheidenausfluss.

Befund: Rechts fühlt man neben dem Uterus eine zirka kindsfaustgrosse Geschwulst, prall-elastisch, vom Uterus abgrenzbar. Douglas leicht vorgewölbt. Die linke Tube ist vergrössert. Um den Uterus herum Infiltration.

Operation: Hinterer Scheidenbauchschnitt. Entleerung von reichlichem Serum aus dem Douglas. Dann Incision des Abscesses. Entleerung von ca. 50 ccm Eiter. Ausspülung. Drainage. Daneben leichte Tamponade.

Danach erholte sich die P. so, dass sie am 1. III. ganz wohl aussah und keine Beschwerden hatte. Der gynaekologische Befund ergab keine Besonderheiten. — Am 3. III. Fieberanstieg, Kopfschmerzen. P. fühlt sich sehr schlecht; Schmerzen im linken Kniegelenk. — 4. III.: Untersuchung per vaginam ergiebt keinen besonders pathologischen Befund. Drainage vom Scheidengewölbe aus. Kein Eiter.

7. III. Schüttelfrost. T. sieht schlecht aus; gelbliche Gesichtsfarbe. Objektiv nichts zu finden. Pyämische Kurve.

9. III. Rötung und Schwellung am linken Unterarm. —

11. III. Fluktuation an dieser Stelle. Eiterung bis auf die Fascie. Incision.

13. III. Fieber hält weiter an. P. sieht schlecht aus.

Die Pyaemie hält an und P. erliegt ihr am 1. IV. 04. Erlaubnis zur Sektion verweigert.

Dieser Fall ist recht charakteristisch. Man kann daraus ersehen, wie trügerisch der Erfolg bei Scheideneincisionen sein kann. 3 Wochen nach der Operation war die P. scheinbar geheilt, — dann erst entwickelte sich die Pyaemie, offenbar durch versteckt zurückgebliebene Keime. Vermutlich hätte dieser Ausgang durch die Laparotomie vermieden werden können.

Fall 27. Frau Caroline G., 44 Jahre alt. Aufgenommen am 23. XII. 1904. Es handelte sich um eine Peritonitis diffusa purulenta nach Platzen einer linksseitigen Pyosalpinx. Bei der Operation am 25. XII. zeigten sich die Därme im Bereich von Nabel bis Symphyse durch eitriges Fibrin verklebt; Entleerung reichlichen dünnen Eiters aus dem Becken. Doppelseitige Entfernung beider Adnexe, die stark mit Eiter belegt sind. Die P. erlag ihrer Peritonitis am 27. XII., 2 Tage nach der Operation.

Fall 28. Frau Luise A., 28 Jahre alt. Aufgenommen am 23. IV. 05. Es handelte sich um Pyosalpinx perforativa utriusque lateris und Peritonitis purulenta diffusa. Bei Eröffnung der Bauchhöhle entleert sich reichlich dicker Eiter. Ein Konvolut von verklebten Därmen ist im kleinen Becken zu fühlen, daneben eine Pyosalpinx und zwar als enormer Sack, in dessen Umgebung dicker Eiter. Auspacken der Därme, Ausspülung der Bauchhöhle. Dann Abstopfung der Bauchhöhle, Hervorziehen der rechten Adnexe, während fortwährend Eiter aus dem Sack strömt. Exstirpation. Ebenfalls über 2 faustgrosser

Eitersack links. Exstirpation. Uterus zeigt linke Kante eitrig; daher, zumal bei der Verdickung der Gewebe die Blutung nicht zu stillen ist, Exstirpation des Uterus. — Dann wurden die in ganzer Ausdehnung eitrig belegten Därme abgewaschen, die Bauchhöhle mit Kochsalzlösung gründlich ausgespült. — Das Präparat zeigt kolossale Tubeneitersäcke. In der rechten Uteruskante noch Eiter, — in demselben Colibazillen.

P. erlag ihren Leiden 3 Tage nach der Operation.

Fall 29. Frau Katharina K., 50 Jahre alt. Aufgenommen am 25. V. 1905. Es wurde zunächst ein perityphlitischer Abscess angenommen. Die Operation zeigte als Ausgangspunkt einer fortschreitenden, allgemeinen Peritonitis die Adnexe. Es fanden sich ausserdem 2 grosse Abscesse im Bauch zwischen den Därmen. P. starb an ihrer Peritonitis am 27. V. 05, einen Tag nach der Operation.

Fall 30. Frau Marie D., 31 Jahre alt. Aufgenommen am 6. I. 1906. Bei diesem letzten Fall schliesslich handelte es sich um Sepsis puerperalis, Abscessus ovarii sin., Peritonitis circumscripta; Thrombophlebitis venarum spermat. intern. Am 8. I. Operation: Beim Lösen des Netzes entleert sich schmutziger Eiter zwischen Adnexe und Flexur. Lösung der linken Adnexe, von denen das Ovarium ganz nekrotisch aussieht und Eiter entleert, während die Tube nur aussen stark injiziert ist. Exstirpation der Adnexe. Dann Unterbindung der vasa sperm. int. hoch hinauf; ebenso hohe Unterbindung der hypogastrica, Tiefe der Uterina. Gegenincision usw. Der Tod an Peritonitis trat am 13. I., 5 Tage nach der Operation ein.

Man ersieht aus diesem Material letaler Fälle, dass von den laparotomierten eigentlich nur Fall 25 nicht von vornherein aussichtslos war, während die Fälle 21 und 26 durch die Laparotomie vielleicht gerettet worden wären. — Demnach ist

also die Mortalität der Britzer Fälle eine ganz ausserordentlich geringe.

Ueber die Dauerresultate Nachricht zu bekommen war sehr schwierig. Ein grosser Teil der Patientinnen war, wie das in den Verhältnissen der südöstlichen Berliner Vororte liegt, verzogen und die neue Adresse nicht ohne weiteres ausfindig zu machen. Immerhin hat eine grössere Anzahl teils Nachricht gegeben, teils später sich wieder vorgestellt. Erheblichere Beschwerden sind nie konstatiert worden mit Ausnahme von einigen Bauchbrüchen, — dagegen haben wir von 20 laparotomierten Frauen feststellen können, dass sie beschwerdefrei sind.

Wenn wir nun zur Besprechung der Literatur über dieses ungemein wichtige Gebiet kommen, so kann es natürlich nicht unsere Aufgabe sein, alle Arbeiten, die die vorliegende Frage behandeln, zu zitieren. Bemerkt doch Prochovnick in der Einleitung zu seinem Artikel von der Entzündung der Tube, dass die internationale Literatur über dieses Kapitel die umfangreichste der gesamten Gynaekologie ist. Es hat auch insofern keinen Zweck, alle Arbeiten anzuführen, als in den grösseren Abhandlungen das Literatur-Material ja schon zusammengefasst ist. Wir wollen daher nur die ausführlicheren Arbeiten, gewissermassen als Merkpunkte in der Entwicklung der Frage der Adnexoperationen behandeln.

Der eigentliche Ruf zum Streit über unsere Frage, der bis heute noch nicht geschlichtet ist, war die Indikationsstellung zur Operation eitriger Adnexerkrankungen, die Schauta auf dem Gynaekologen Kongress in Breslau 1893 aufstellte. Er sagte: „Entzündlich erkrankte Adnexe geben, insofern die Beschwerden erheblich sind und die erhaltende Behandlung durch längere Zeit fortgesetzt, erfolglos, oder überhaupt undurchführbar ist, nach übereinstimmender Ansicht die Indikation ab, dieselben zu entfernen. Eileiter von Finger-

dicke lassen eine Rückbildung zu normalen Verhältnissen nicht erwarten. Unbedingte Anzeige für einen operativen Eingriff gibt eine nachweisbare Eiteransammlung in jenen.“ Aehnlich äusserte sich damals Th. Landau und war der Ansicht, dass der Grundsatz: „ubi pus ibi evacua“ bei der Behandlung der Beckenabszesse ebenso massgebend sein sollte, wie überall sonst in der Chirurgie. Denn, wenn auch der Eiter in vielen Fällen abgeschwächt werde, zum pus bonum werden könne, so bärge doch seine Gegenwart in der Nachbarschaft der Därme und der Peritonealhöhle grosse Gefahren für das Leben.

Zwei Jahre später, in der Versammlung der deutschen Gesellschaft für Gynaekologie zu Wien (Juni 95) änderte Schauta seinen in Breslau geäusserten konservativ-operativen Standpunkt. Nachforschungen über die Dauerresultate seiner operierten Fälle brachten ihn dazu. Es zeigte sich, dass nur 56,6% der Fälle nach der Operation dauernd beschwerdefrei geblieben waren, eine Statistik, wie sie auch Chroback bestätigte. Die Nachforschungen ergaben, dass bei sehr vielen Fällen Blutungen, Ausfluss, fixierte Lageveränderungen des Uterus und vor allem Stumpfexsudate sich einfanden. Deshalb gelangte Schauta zu folgender Indikationsstellung: „Bei gonorrhoischen Adnexerkrankungen sind in denjenigen Fällen, in denen die Adnexoperation angezeigt ist, nicht nur immer, auch wenn die Adnexe der andern Seite sich als scheinbar gesund erweisen, die Adnexe beiderseits zu entfernen, sondern es ist auch jedesmal die Exstirpation des Uterus gleichzeitig vorzunehmen. Jedesmal ist auch bei Betreten des vaginalen Weges auf die vollständige Entfernung der Adnexe Gewicht zu legen.“ — Wie aus der sich daran anschliessenden Diskussion hervorgeht, neigten überhaupt die Ansichten der Forscher sehr zum radikalen chirurgischen Vorgehen. Radikal waren Jacobs, Leopold, Bardenheuer, von Rosthorn, Kelly und Landau,

der das radikale Verfahren auch auf die nicht gonorrhoischen Affektionen ausgedehnt wissen wollte; radikal waren ferner zu dieser Zeit fast alle Franzosen. — Nur wenige vertraten konservative Prinzipien, vor allem Martin, dessen möglichst erhaltendes operatives Vorgehen bei der Erwähnung seines Handbuches der Krankheiten der weiblichen Adnexorgane später besprochen wird. Auch von Winckel meinte, man solle nur in den extremsten Fällen die Radikaloperation vornehmen. Ferner war Küstner konservativ geblieben. Im Allgemeinen neigte die Mehrzahl der Operateure damals zur vaginalen Totalexstirpation des Uterus und der Adnexe.

Dieser Gynaekologenkongress zu Wien 1895 war der Zeitpunkt, bis zu dem all die Möglichkeiten der Behandlung entzündlicher Adnexaffektionen aufgestellt wurden, wie sie auch noch jetzt bestehen. Man konnte und kann also auf 5 verschiedene Arten vorgehen:

1. Rein conservative Behandlung ohne Operation.

2. Operation unter conservativen Gesichtspunkten per Vaginam, d. h. mit möglichster Erhaltung der gesunden, resp. nur geringgradig erkrankten Teile.

3. Operation unter conservativen Gesichtspunkten per Laparotomiam.

4. Radicaloperation per Vaginam mit Entfernung des Uterus.

5. Radicaloperation per Laparotomiam.

Ueber diese 5 Behandlungsmöglichkeiten ist seitdem ein heftiger Streit entbrannt, wie aus der Literatur ersehen werden kann.

Wir wollen zunächst die conservative Richtung besprechen. Es muss konstatiert werden, dass im Allgemeinen in den letzten Jahren ein möglichst conservierendes Verfahren bevorzugt wird und dass mehrere Forscher, die früher mehr der operativen Richtung angehörten, später zur erhaltenden Methode

übergegangen sind. So Martin, der zwar nie sehr radical vorging und immer der Erhaltung gesunder, oder nur mässig entzündeter Teile das Wort geredet hat. Im Jahre 1895 vertrat Martin[1]) in seinem Handbuch etwa folgende Prinzipien:

Bei jedem Falle soll zuerst und andauernd die konservative Behandlung, sofern nicht schon ausgedehnte anatomische Veränderungen als Folge der Erkrankung eingetreten sind, Anwendung finden. Allerdings sei — und das haben wir ja auch in dieser Arbeit betont — die Beurteilung der Fälle oft schwierig, da die Schwere der anatomischen Veränderungen nicht immer im Verhältnis zu den subjektiven Erscheinungen stehe. Die Indikationsstellung zur Operation ist also nicht so einfach. — Der Punktion der Hydro- und Pyosalpinx, wie auch der Eröffnung von der Scheide aus stand Martin damals (1895) nach vielen eigenen Versuchen sehr reserviert gegenüber. Als den gegebenen Weg sah er für unkomplizierte, wie namentlich für die komplizierten, d. h. verwachsenen, eventuell in Nachbarorgane durchgebrochene Sactosalpingen die Eröffnung des Leibes an. Er vertritt dabei die von ihm eingeführten Bestrebungen, womöglich die Fortpflanzungsfähigkeit zu erhalten. Ist der Inhalt einer verschlossenen; erfüllten Tube nicht eitrig und frei von Mikroorganismen, so hat der Versuch, die Tube zu öffnen und durch Umsäumung das abdominale Ende offen zu halten, Salpingostomie, Aussicht auf Erfolg, wie Martin durch eigene Erfahrung bei 65 derartigen Operationen erfuhr. 47 dieser Patientinnen gelangten bis auf 3 zu wahrer Euphorie und behielten die Menstruation. In 2 Fällen ist Schwangerschaft nach Entfernung der einen und Resektion der anderen Tube eingetreten. — Auch in Britz wurde verschiedentlich die Salpingostomie mit gutem Erfolge ausgeführt und auch an

[1]) Martin, Handbuch der Krankheiten der weiblichen Adnexorgane.

unserem Material ist an einigen Fällen (siehe Fall 3) nach einseitiger Adnexexstirpation Gravidität eingetreten. Aus diesem Grunde wurden auch in Britz die gesunden, oder nur leicht erkrankten Teile erhalten und nur in seltenen Fällen (siehe Fall 4 und 9) kam es zu einer schwereren Erkrankung der anderen Seite später. - In der Literatur sind von Gynaekologen ebenfalls zahlreiche Fälle angegeben, in denen Gravidität nach einseitiger Adnexexstirpation und sogar bei conservativer Behandlung nach doppelseitiger Pyosalpinx eintrat. Fraipont (1894) berichtet über 12 nicht operativ geheilte Fälle von eitriger Salpingo-oophoritis und Pelveoperitonitis, bei denen später Gravidität beobachtet wurde. Bertrix (1894) heilte einen Fall von linksseitiger Hydrosalpinx und rechtsseitiger Pyosalpinx durch Punktion. Die Frau wurde später gravid.

Vouillet (1894) sah 2 mal Gravidität nach Punktion und Auswaschung bei Pyosalpinx. Siell (1891) berichtet über einen Fall von Schwangerschaft nach doppelseitiger, mit Curettement behandelter Pyosalpinx; ebenso Murray. Lawson Tait (1887) sah unter 26 Fällen einseitiger vaginaler Adnexexstirpationen 3 mal Schwangerschaft. Pichevin (1895) hatte nach konservativen abdominalen Operationen 4 Graviditäten, Palmer Dudley (1895) unter 68 konservativ operierten Frauen 12 Graviditäten, Küstner (1897) bei 52 einseitigen Salpingo-ophorektomieen 4 Schwangerschaften. Herrmann[1]) berichtet über einen Fall von Schwangerschaft nach doppelseitiger eitriger Adnexerkrankung.

Martin verwirft ferner grundsätzlich die Uterusexstirpation bei Tubenerkrankungen, indem er diesem Vorgehen ausser vielen Nachteilen besonders vorwirft, dass es jede konservative

[1]) Herrmann: Beitrag zur konservierenden Behandlung entzündlicher Adnexerkrankungen. — Zeitschrift für Gynäkologie. 42. Band. 2. H. 1900.

Behandlung, wie sie die Coeliotomie durch die Salpingostomie zulässt, unmöglich macht, sobald man einmal zur Operation geschritten. Die Mortalität bei Martin ist ziemlich gross = 8,09 %. 67 Todesfälle gegenüber 761 Heilungen bei 828 Fällen.

Im Laufe der Jahre änderte Martin seinen Standpunkt infolge seiner Erfahrungen in Greifswald zu gunsten eines noch konservativeren Vorgehens. Im Jahre 1903 hielt Jung[1]) an Hand des Martinschen Materials in Greifswald einen Vortrag, wo er die veränderten Prinzipien Martins darlegte. Die Mortalität in der Statistik Martins (8,09 % im Jahre 1895) habe sich in Greifswald gesteigert, indem von 106 Operationen 18 % Mortalität zu konstatieren war. Jung meint, dass es sich hier um ganz besonders ungünstige Virulenzverhältnisse handele. Von 78 Fällen war der Eiter 14 mal steril, 26 mal fanden sich Strepto- und Staphylokokken, 12 mal Gonokokken, 6 mal Bakterium coli, 13 mal Tuberkelbazillen, 1 mal Actinomyces. Als Grund für die Häufigkeit der Strepto- und Staphylokokkeninfektion sieht Jung die ländlichen Verhältnisse an. Gonorrhöe kommt dort weniger vor, dagegen sind wegen der ungünstigen Wohnungsverhältnisse und der Unreinlichkeit Streptokokkeninfektionen nach Geburten häufig. — Wegen der grossen Mortalität wurde nun in Greifswald auf das Verfahren der abdominellen oder vaginalen Incision und Drainage zurückgegriffen, obgleich zugegeben werden muss, dass dadurch einmal die nötige Klarheit der Uebersicht über die erkrankten Teile nicht gewahrt, andererseits letztere selbst nicht völlig entfernt werden und so Gelegenheit zu Rezidiven geben können. Die primären Resultate Martins sind gut. 21 inzidierte Fälle sind genesen. Die

[1]) Jung: Zur Behandlung eitriger Affektionen der Adnexe und des Beckenbindegewebes. — Verhandlungen der Gesellschaft der Naturforscher und Aerzte zu Karlsbad 1903.

Resorption der entzündlichen Exsudate und Infiltrate wurde wesentlich gefördert durch die von Bier angegebene Heissluftbehandlung in dem Klappschen Apparat.

Diese Erfahrungen Martins beweisen deutlich, wie misslich es ist, allgemein gültige Normen für die Indikationsstellung zur Operation aufzustellen. Man muss sich eben häufig nach der Decke strecken. In diesem Sinne betonte Schatz bei der Diskussion über den Jungschen Vortrag die Notwendigkeit wissenschaftlicher Forschungen über die Verschiedenheit des Materials in Deutschland. Im übrigen war die Diskussion über diesen Vortrag insofern von Interesse, als die Mehrzahl der Gynaekologen, im Gegensatz zu der Versammlung der deutschen Gesellschaft für Gynaekologie in Wien (1895), wo Schauta seinen extrem radikalen Standpunkt verkündete, konservative Prinzipien vertraten.

Einen interessanten historischen Ueberblick über den Wechsel in den Anschauungen über Behandlung und Gefährlichkeit der entzündlichen Adnexerkrankungen gibt Herrmann in der erwähnten Abhandlung. Während zur Zeit der Arbeit (1900) eine ausgesprochen konservative Richtung herrschte, neigte man in den 80er Jahren sehr zum Radikalismus, oder wenigstens zur Operation und schätzte überhaupt die Entzündungen der Adnexe viel schwerer ein als heute.

Lenore berichtet, wie Herrmann erzählt, über 8 Todesfälle an Peritonitis bei eitriger Salpingitis, 8 Todesfälle infolge Ruptur eines Abscesses der Tube. Lawson Tait (1884) bezifferte die Mortalität der Pyosalpinx wegen der häufig eintretenden, das Leben bedrohenden Ruptur auf 50 %. Kingston Fowler (1884) berichtet, bei Sektionen 15mal Hydro- und Pyosalpinx angetroffen zu haben und glaubt, von diesen Fällen 8mal die Tubenerkrankung für die direkte Todesursache halten zu müssen. — Die Arbeiten der neueren Zeit stehen auf einem

ganz anderen Standpunkt und schätzen die Mortalität viel geringer. Pozzi 1892 hält Restitutio ad integrum für möglich, wenn auch selten und hält nachfolgende Sterilität nach doppelseitigen Tubenerkrankungen nicht für eine notwendige Folge. Landau sagt in seiner Abhandlung über Tubensäcke: „Ich muss Freund durchaus recht geben, dass die akut entstehenden Tubensäcke ausheilen können.“ Küstner betont in seiner Arbeit: „Die leitenden Gesichtspunkte für die operative Behandlung der chronisch entzündeten Adnexa uteri und der Beckeneiterungen“ seinen konservativen Standpunkt: „Die gonorrhoischen Prozesse sind, selbst wenn es zu bedeutender Auftreibung der Tuben, zu umfänglicher, tastbarer Exsudation gekommen ist, sehr häufig einer Ausheilung fähig. Eine derartige Ausheilung hat häufig Sterilität zur Folge als das Resultat von bleibenden Schleimhautveränderungen der Tuben. Mitunter bleibt auch die Funktion erhalten. — Dasselbe sagt Isaac im Jahre 1895. Veit sagt in seinem Handbuch mit Sicherheit, dass die einmalige Infektion von der gesunden, gut angelegten Frau überwunden werde. — Wir selbst haben in dieser Arbeit schon die zahlreichen Berichte über spätere Schwangerschaft nach Tubenentzündungen erwähnt. Die Erfahrungen Herrmanns und die Berichte über konservative Behandlung brachten ihn dazu, in allen Fällen ein möglichst lange ausgedehntes erhaltendes Verfahren einzuschlagen und nur in ganz chronischen und schweren Fällen zu operieren. Er hält die Laparotomie für das Richtige und lässt alle gesunden, oder nur leicht erkrankten Teile zurück.

Bei Betrachtung der Literatur ist es merkwürdig zu sehen, wie dieselben Erfahrungen bei den verschiedenen Forschern zu ganz entgegengesetzten Massnahmen führen können. Wir haben gesehen, dass Schauta wegen seiner schlechten Dauerresultate zu seiner ganz radikalen Methode kam. Ebenso Bardenheuer.

der gleichfalls nach conservierenden Operationsmethoden später profuse Blutungen, hartnäckigen Fluor, Lageveränderungen, oft verbunden mit abnormer Schmerzhaftigkeit des Uterus, oder Beschwerden von Seiten der zurückgebliebenen Adnexe, Stumpfexsudate und hydropische Erweiterung der Tube beobachten konnte. Dieselben Erfahrungen machte Stratz[1]), der gute primäre Erfolge nach Laparotomien hatte. Während aber Schauta und Bardenheuer wegen dieser Erfahrungen zur radikalen Methode gelangten, so gelangte Stratz zu einer extrem conservativen Behandlungsweise. — Beides hat in gewissem Sinne seine Berechtigung. Zweifellos ist es nicht gleichgiltig, ob eine Frau ihre gesamten inneren Genitalien verloren hat. Bekannt sind die späteren Ausfallserscheinungen, von denen traurige Fälle in der Literatur berichtet werden. Will man diese Ausfallserscheinungen vermeiden, so muss man, wenn die conservierende Operation so sehr schlechte Dauerresultate zeitigt, notgedrungen zur völlig conservativen Behandlung kommen. Nach den Berichten anderer Gynaekologen aber und auch nach den Erfahrungen in Britz sind die Dauerresultate der erhaltenden Operationsmethoden durchaus nicht so schlecht. Die Nachforschungen in Britz ergaben, soweit sie überhaupt Erfolg hatten, nur in zwei Fällen erheblichere Beschwerden mehrere Jahre nach der Operation.

Nach Stratz sind allerdings beinahe alle Adnexaffektionen infektiöser Art, mit sehr wenigen Ausnahmen, heilbar, oder doch wenigstens symptomatisch heilbar auf conservativem, nicht blutigem Wege. Die puerperalen Affektionen gäben die weitaus beste Prognose; nur einige wenige veraltete gonorrhoische Fälle, sowie tuberkulöse Prozesse geben das Recht zu operativem Eingreifen. Denselben Standpunkt wie Stratz nehmen

[1]) Stratz: Zur Behandlung der Beckenperitonitis. Zeitschrift für Gynaekologie. 42. Bd. 1. H. 1900.

in neuerer Zeit zahlreiche Gynaekologen ein, so Krönig, Pincus, von Knorre, Nebesky, Peham und Keitler, sowie Fett[1]), der die genaueste und umfangreichste kritische Besprechung dieser Anschauung geliefert hat. Fett berichtet an Hand von schönen Abbildungen über 46 Fälle, von denen nur 8 operiert wurden. Die Erfolge sind allerdings ausserordentliche. Selbst grössere Eiteransammlungen in den Tuben bildeten sich unter der combinierten conservativen Behandlung zurück und die Mortalität war wie bei Nebesky, Amann, Peham und Keitler 0,%. Fett warnt nur vor eingreifenden Massnahmen wegen der Gefahr der Ruptur einer Pyosalpinx. Dies hält er aber auch für die einzige Gefahr der conservativen Methode. -- Völlig arbeitsfähig und beschwerdefrei waren von den 46 Fällen 25 = 65,8%. Die Behandlungszeit schwankte zwischen 3—4 Wochen und 3—4 Monaten. Warm tritt Fett für die Heissluftbehandlung ein. Er ist nur dann für die Operation, und zwar die Laparotomie, wenn Perforativperitonitis droht, oder wenn monatelange Behandlung ausnahmsweise erfolglos bleibt. Die Kolpotomie sei nur dann am Platze, wenn bei günstiger Lage des Tumors (starker Vorwölbung und Fluktuation) eine umfangreiche Eiteransammlung und wochenlanges Fieber Incision und Drainage indiziert.

Wir kommen nun zur Besprechung der operativen Methoden. Die radikalste operative Richtung vertritt Bardenheuer, dessen Material von Bliesener[2]) verarbeitet worden ist. Wir haben schon erwähnt, aus welchem Grunde er zu

[1]) Fett: Die conservative Behandlung der entzündlichen Adnexerkrankungen. (Aus dem Hamburg-Eppendorfer Krankenhause.) — Monatsschrift für Geburtshilfe. Bd. 22. S. 674.

[2]) Bliesinger: Die abdominale Radikaloperation bei entzündlicher Adnexerkrankung. (Aus der chirurg.-gynaekologischen Abteilung des Cölner Bürgerhospitals. — Geh.-Rat Prof. Bardenheuer.) Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynaekologie. Bd. III. S. 458. Bd. IV. S. 15, 144.

diesem Radikalismus gelangt ist. Er tritt voll und ganz für Operation per Laparotomiam ein und bekämpft vor allem die vaginale Incision, da man nie sicher wissen könne, ob noch Abscesse in den Schwarten vorhanden bleiben und da es Schleimhäute sind, die den Eiter absondern. Ebenso, wie man an anderen Körperteilen solche chronisch eiternden Membranen exzidiere, müssen sie auch hier entfernt werden. In Bezug auf die vaginalen Adnexexstirpationen meint Bliesener, dass bei eitrigen Fällen die Möglichkeit einer Kontrolle gar nicht gegeben ist. Er glaubt an gute Resultate der vaginalen Methode bei nicht eitrigen Fällen, nimmt aber die mit chronischer Appendicitis komplizierten Fälle aus, wobei die spätere Entfernung des Appendix auf extraperitonealem, von Bardenheuer schon 1887 vorgeschlagenem Wege in Betracht komme, da die Entfernung des Appendix von unten zu schwierig sei. Bei komplizierten, hochreichenden Beckenabscessen können Fälle vorkommen, in denen die Blutung von unten her nicht gestillt zu werden vermag. Um so leichter werden solche Fälle vorkommen, wenn der Operateur, um die Operation vaginalwärts zu vollenden, ausgehend von der Ansicht, dass die Patientin das Anschliessen einer Laparotomie nicht mehr auszuhalten vermöge, die Membranen, deren Blutung sich nicht stillen lässt, mit stumpfer Gewalt auslöst. Die radikale Entfernung des Erkranktem auf vaginalem Wege ist, wie Bliesener weiter ausführt, sehr schwierig, ja sie kann unmöglich werden bei hochgelegenen Eitersäcken, die sich nach vorn und oben entwickelt haben und dort mit der Umgebung verwachsen sind. Kleine Eiteransammlungen, namentlich frischen gonorrhoischen Ursprungs kann man nicht fühlen, man muss sie sehen und sie liegen oft hoch und versteckt, so dass sie nur bei der Laparotomie sichtbar werden.

Ferner liegt die Möglichkeit von späteren Fistelbildungen

nach Läsion der verwachsenen Därme bei vaginaler Operation vor und diese brauchen, wenn sie hoch liegen, sich nicht nach der Scheide zu zu entwickeln. Bei nicht eitrigen, einfach adhaesiven Entzündungen hält Bliesener die vaginale Methode für fähig, die Verwachsungen zu lösen. Er hält es für einen grossen Nachteil der vaginalen Methode, dass das Zurückbleiben von Wundflächen in der Peritonealhöhle nicht umgangen werden kann und verbreitet sich des Genaueren über das von Bardenheuer eingeführte Prinzip, zurückbleibende Wundflächen zu peritonisieren.

Dieselben Bedenken in Bezug auf die vaginale Methode äussern die anderen Autoren, welche der Laparotomie den Vorzug geben, — so ausser Herrmann und Martin noch Piqué und Charrier, Kümmel und viele andere. Bis zu einem gewissen Grade gibt auch Fritsch der abdominalen Methode den Vorzug, indem er, nach Abwägung der Vorzüge der beiden Methoden gegeneinander, erklärt, dass jemand, der sich vornimmt nur eine Methode zu erlernen und zu üben, mit der er allen Möglichkeiten gewachsen sei, die abdominale wählen müsse. Wie Schauta von der abdominalen zur vaginalen Methode übergegangen ist, so will Reclus, entgegen seinem früheren Standpunkt, seit er die Beckenhochlagerung benutzt die vaginale Hysterektomie nur noch für die schwersten veralteten Fälle von „Pachy-Pelvi-Peritonitis angewendet wissen. Nach Prochovnik kann der Weg durch die Scheide ohne Gefahr beschritten werden, wenn es sich um einfache Verhältnisse handelt. Dagegen „bei bestehenden Perforationen, schweren Verwachsungen der Därme, kenntlich oft an Starrheit und Unbeweglichkeit des Uterus und der Adnexe, bei allen Zweifeldiagnosen bezw. Complicationen mit Erkrankung des Prozessus vermiformis, Eierstocksgeschwülsten auch Graviditas ectopica) gehe man vom Leibe ein.“ Denselben Stand-

punkt, vertritt Flockemann,[1]) dessen Arbeit wir die angeführten Angaben entnehmen.

Einer der energischsten Verfechter der vaginalen Methoden ist Steffeck, der seine Ansichten im vorigen Jahre in der gynaekologischen Gesellschaft zu Berlin vorgebracht hat. Er tritt sehr warm für konservative Methoden ein und verwirft grundsätzlich die Laparotomie, nach deren Ausführung das Leben der Patientinnen häufig an einem Faden hänge und ein schweres und langes Krankenlager nötig sei. Er betont ferner die geringe Gefahr der Infektion der Peritonealhöhle bei vaginalem Vorgehen und die Vermeidung von Bauchbrüchen, die bei der abdominalen Methode so sehr häufig seien.

Die Frage der Bauchhernien nach Laparotomien wurde auf dem Gynaekologenkongress in Wien (1895) gelegentlich des Schauta'schen Vortrages genauer erörtert. Damals teilte Winter mit, dass früher 30—33% Bauchbrüche vorgekommen seien, nach der neuen Nahtmethode aber nur 8%.

Zweifel hat weniger als 8% Bauchhernien und warnt vor Aufstreichen von Jodoformcollodium, da hierbei mehr Stichkanaleiterungen vorkämen. — von Winkel und Chroback sahen trotz Etagennaht gleich häufig Bauchhernien auftreten. Martin ist gegen komplizierte Nahtmethoden und betont die Verschiedenartigkeit der Bauchdecken, ebenso P. Müller. Olshausen betont die Wichtigkeit der Fasziennaht. Am nachteiligsten sei Drainage. Schatz hält die Fasciennaht bei fettarmen Bauchdecken für entbehrlich. Ziegenspeck hält die Linea alba zum Schnitt für ungünstig. Dührssen hat seit Anwendung der einfachen, die ganze Dicke der Bauchwand fassenden Silkwormknopfnaht keine Hernien gesehen. Meinert

[1]) Flockemann, Zur operativen Behandlung der entzündlichen Adnexerkrankungen mit Berücksichtigung der Dauererfolge. — Jahrbuch der Hamburger Staatskrankenanstalten. Bd. VII. 1899/1900.

hebt die Bedeutung des Vorhandenseins der Glénard'schen Krankheit Enteroptose in dieser Richtung hervor. – Bliesener sagt in seiner erwähnten Arbeit, dass bei Bardenheuer seit Jahren keine einzige Patientin infolge Bauchbruchbeschwerden zur Beobachtung gekommen ist, seit die Bardenheuer'sche Leibbinde getragen wird.

Wir schliessen uns der Olshausen'schen Ansicht an, nämlich, dass die Drainage für die Entstehung der Bauchhernien das gefährlichste sei und verweisen auf einen Vortrag von Henkel[1]), der die Frage der Drainage genauer erörtert. Henkel wendet die Drainage, getreu den Olshausen'schen Prinzipien, nur in ganz seltenen Fällen an. In der Berliner Universitäts-Frauenklinik wurde die Drainage mit steriler Gaze eigentlich mehr als Tamponade angewendet, wenn eine grosse, mit Peritoneum nicht zu bedeckende Wundfläche zurückblieb, bei der die Blutstillung nicht zur Zufriedenheit gelang. Henkel verwendet die Drainage deswegen nicht, weil dieselbe die Saftzirkulation unnötig anregt und wohl das Sekret, nicht aber die Mikroorganismen, die in der Wunde zurückgelassen sind, ableitet.

Wenn wir bei dem abdominalen Vorgehen auch den Nachteil der eventuell später entstehenden Bauchhernien zugeben müssen, so sind doch die Vorzüge der Laparotomie, wie wir an unserem Material gezeigt haben, so grosse, dass sie den Nachteil der Bauchbrüche bei weitem aufwiegen. Bliesener stellt sie in folgender Weise zusammen:

a) Bei schweren eitrigen Fällen:

1. Vorzug der sicheren Vollständigkeit bei geringerem Blutverlust und zuverlässiger Blutstillung.

[1]) Henkel: Zur Klinik und operativen Behandlung entzündlicher Adnexerkrankungen. — Zeitschrift für Gynaekologie Bd. 55.

2. Die Ausschaltung der Wundflächen von der Peritonealhöhle, also Schutz vor Verwachsungen und Infektion.
3. Vermeidung von Nebenverletzungen, die an sich vermeidbar, beim vaginalen Verfahren nicht zu kontrollieren sind, wie die Anreissung von bereits lädierten, dem Adnexgebiet nur indirekt adhaerenter Darmschlingen.

b) Bei ausgedehnten adhaesiven Entzündungen gilt gleichfalls Punkt 1, sowie Punkt 2.

c) Bei leichten eitrigen und leichten adhaesiven Entzündungen mit nur strangförmigen Verwachsungen bleibt Punkt 2 bestehen.

Was nun die gleichzeitige Exstirpation des Uterus bei Adnexoperationen betrifft, so stehen wir, wie man aus unserem Material ersieht, auf dem Standpunkt, dass dieselbe bei der Laparotomie, wenn keine besonderen Gründe vorliegen, nicht nötig ist. Der Vorzug der Laparotomie ist ja eben wegen der Möglichkeit des konservativen Vorgehens schon mehrfach betont worden. Die meisten Forscher, welche die abdominale Methode bevorzugen, stehen auf demselben Standpunkt. Bardenheuer, steht mit seiner abdominalen Radikaloperation ziemlich vereinzelt da. Auch darin sind sich, im Gegensatz zu Bardenheuer, die meisten Gynaekologen einig, dass man zunächst die konservative Methode, solange es angängig ist und es die sozialen Verhältnisse der Patientin erlauben und ratsam erscheinen lassen, versuchen soll. Bardenheuer wartet höchstens 8 Tage und operiert dann, wenn er keinen Erfolg sieht, selbst wenn das Fieber noch nicht nachgelassen hat.

Wiewohl die zahlreichen Arbeiten der letzten Jahre mehr und mehr konservative Prinzipien vertreten, so hat es doch auch in neuester Zeit nicht an Autoren gefehlt, die vor zu

langem Warten warnen und die ihre Erfolge nach Operationen veröffentlichten. So vertritt Amberger (1905) an Hand des Rehnschen Materials in Frankfurt chirurgische Prinzipien. Er tritt warm für die ventrale Laparotomie und zwar für die möglichst konservative Laparotomie ein, ohne jedoch besonders neue Gesichtspunkte anführen zu können. Von 85 Fällen starben ihm 9.

Zum Schluss wollen wir noch einen Vortrag von Fehling[1]) (1905) erwähnen, der sich in Gegensatz zu den konservativen Prinzipien der letzten Zeit setzt und energisch für die Operation eintritt, sobald die Affektion eitrig ist. Er wendet sich gegen Koblanck, der sagte, dass die Exstirpation der Eitertube die am wenigsten befriedigenden Resultate gebe. Das Gegenteil sei richtig. Bei konservativer Behandlung gebe es immer wieder Rückfälle. Fehling hält die Punktion als Heilmittel für nutzlos, betont aber deren diagnostischen Wert. Für nutzlos hält er auch die Incision von der Scheide aus. Bei jüngeren Personen macht er die Laparotomie, wenn Aussicht auf Erhaltung eines Teiles ist, dann Drainage nach Mikulicz. Sind Tuben und Ovarien sicher schwer erkrankt, so macht er die vaginale Radikaloperation, zumal bei älteren Personen. Er hat bei 123 Fällen 6,5 % Mortalität, 70 % Dauerheilungen.

Wenn man diese Literatur überblickt, so kann man nicht gerade sagen, dass bis heute auf unserem Gebiet grosse Einigkeit herrschte. Von den gegnerischen Parteien werden mit jeder Methode gute Resultate gezeitigt und die Verschiedenheit der Ansichten mag auch zum grossen Teil an der Verschieden-

[1]) Fehling-Strassburg: Ueber Behandlung eitriger Adnexe. — (Vortrag, gehalten in der Deutschen Gesellschaft für Gynaekologie) Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynaekologie Bd. 22. S. 171.

heit des Materials liegen. Eine Kritik dieser Verschiedenheit des Materials hatte im Jahre 1903 bei Gelegenheit des Jung'schen Vortrages schon Schatz gewünscht. — Unseren Standpunkt haben wir bei der Besprechung der Fälle ja schon begründet und der Erfolg zeigt, dass er zum mindesten für das Britzer Material seine Berechtigung hat. Wir ziehen die abdominale Methode bei allen schweren Fällen vor der vaginalen vor, da sie die alleinige Sicherheit gibt, alles Kranke zu entfernen und den eventuell erkrankten Processus vermiformis zu exstirpieren, oder gänzlich verwachsene und abgeknickte Darmschlingen zu resezieren. Alle gesunden Teile werden zurückgelassen, jedoch alle stärker entzündeten Organe entfernt. Zweckmässig erscheint jedoch die doppelseitige Tubenexstirpation bei Tuberkulose.

Weiterhin hat in Britz das Bestreben stattgefunden, wenn irgend möglich, selbst bei Fortnahme beider Tuben, ein Ovarium zu belassen. Auch hier ist die Drainage nur bei sehr ausgedehnter Verunreinigung des kleinen Beckens mit foetidem Eiter, oder, wie bei Henkel, dann ausgeführt worden, wenn es sich um die Unmöglichkeit handelte, eine parenchymatöse Blutung zu stillen. Es ist dieser Standpunkt besonders wichtig für das spätere Auftreten von Bauchbrüchen, weil solche so gut wie immer nach Drainage auftreten, wenn auch nur eine kleine Lücke zur Herausleitung derselben gelassen wurde. Sonst haben wir Bauchbrüche nicht erlebt. Sehr grosses Gewicht ist unseres Erachtens auch auf die exakteste Bedeckung aller Wundflächen mit Peritoneum, auf die „Peritonisierung", zu legen.

Zum Schluss möchte ich noch betonen, dass in Britz im allgemeinen nur die schwersten, schon lange Krankheitsdauer zeigenden Fälle operativ angegriffen wurden, dass in den meisten

mittelschweren Fällen mit der Heissluftherapie, Pinkus'scher Belastung etc. gute vorläufige Erfolge erzielt wurden.

Zum Schluss ist es mir eine angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Chef, Herrn Sanitätsrat Dr. Riese, meinen wärmsten Dank zu sagen für die Anregung zu dieser Arbeit und deren Durchsicht, sowie für die Ueberlassung seines reichhaltigen Operationsmaterials.

Lebenslauf.

Verfasser dieser Arbeit, Waldemar Ammann, evangelischen Glaubens, wurde am 15. September 1875 als Sohn des Dr. phil. J. Ammann in Berlin geboren. Seine Vorbildung erhielt er auf dem Kgl. Joachimsthal'schen Gymnasium zu Berlin, auf dem Gymnasium zu Zürich und auf dem Kgl. Luisengymnasium zu Berlin, das er Oktober 1897 verliess, um sich dem Studium der Philosophie zuzuwenden. Die ersten 4 Semester bis Michaelis 1899 studierte er Philosophie und germanische Philologie. Dann wandte er sich dem medizinischen Studium zu und absolvierte sein Staatsexamen am 30. Juli 1904 in Berlin, wo er seine ganze Studienzeit zugebracht hatte.

Während seines medizinischen Studiums besuchte er die Vorlesungen, Kliniken und Kurse folgender Professoren und Dozenten:

B. Baginsky, v. Bergmann, Engelmann, Fischer, Gebhard, Gerhardt, Greeff, v. Hansemann, Hertwig, Koblanck, Lexer, von Leyden, Liebreich, Michaelis, v. Michel, Olshausen, Orth, Rubner, F. E. Schulze, H. Virchow, R. Virchow, Waldeyer, Warburg, J. Wolff.

Allen diesen Herren, seinen hochverehrten Lehrern, spricht der Verfasser seinen ehrerbietigsten Dank aus.

Nach seinem Staatsexamen war der Verfasser ein Semester lang Assistent von Herrn Prof. H. Virchow auf dem Präpariersaal für weibliche Studierende zu Berlin und vom 1. April 1905 bis 1. April 1906 Assistenzarzt am Kreiskrankenhaus des Kreises Teltow zu Britz.